

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA PAULA SAVI SERAFIM

AUTOGESTÃO NAS EMPRESAS COMO ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPLEMENTAR:
ESTUDO DE CASO: EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS

FLORIANÓPOLIS
2006

ANA PAULA SAVI SERAFIM

AUTOGESTÃO NAS EMPRESAS COMO ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPLEMENTAR:
ESTUDO DE CASO: EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS

Trabalho de Conclusão de Estágio
apresentado à disciplina Estágio
Supervisionado – CAD 5236, como
requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Administração da
Universidade Federal de Santa Catarina.

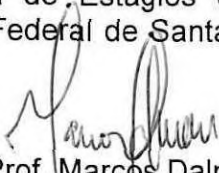
Professor Orientador: João José Cândido
da Silva.

FLORIANÓPOLIS
2006

ANA PAULA SAVI SERAFIM


AUTOGESTÃO NAS EMPRESAS COMO ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPLEMENTAR:
ESTUDO DE CASO: EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS

Este Trabalho de Conclusão de Estágio foi julgado adequado e aprovado em sua forma final pela Coordenadoria de Estágios do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, atribuído nota ____, em 02 de agosto de 2006.

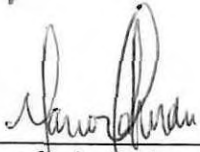


Prof. Marcos Dalmau
Coordenador de Estágios

Apresentada à Banca Examinadora integrada pelos professores:



Professor Orientador
João José Cândido da Silva, Mestre



Prof. Marcos B. L. Dalmau, Doutor
Membro

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que nos deu a vida e permite que façamos dela nossas grandes obras.

A pessoa mais importante a ser lembrada neste momento, minha mãe, Iria, pelo seu esforço, dedicação e amor para com meus irmãos e comigo. Por todas as noites mal dormidas, pela sua preocupação e desejo de ver mais uma filha formada.

Carlos, meu namorado, por sua compreensão, apoio, companhia e amor no fim de mais uma etapa da minha vida.

Ao João, meu veterano querido, que me ajudou muito nessa caminhada de quatro anos e meio, amizade da qual sempre pude contar e que ficará sempre no coração.

Aos mais que amigos, anjos; Miriam e Miguel, quem me seguraram nos momentos mais difíceis e turbulentos.

Todos os amigos que fiz nesta Universidade, que levarei para sempre na minha vida. Júlia, Mariana, Gabriel Bez e Ricardo, parceiros de conversas em sala de aula, intervalos e trabalhos.

Ao professor Marcos Ottoni, pelo seu apoio, pela sua amizade e seu carinho. Uma das pessoas mais queridas que conheci no meio acadêmico.

Aos professores pela sua dedicação durante o curso, aos alguns viraram amigos e a outros que são modelos.

*"Bom mesmo é ir a luta,
Abraçar a vida e viver com paixão,
Perder com classe e viver com ousadia,
Pois o triunfo pertence a quem se atreve,
E a vida é muito bela para ser insignificante"*
(Charles Chaplin)

*"Aprender é a única coisa que a
gente nunca se cansa, nunca tem
medo e nunca se arrepende"*
(Leonardo da Vinci)

RESUMO

Serafim, Ana Paula Savi. **Autogestão nas empresas como assistência à saúde suplementar: estudo de caso: Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.** 2006. (153p.) Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Orientador: João José Cândido da Silva

A autogestão apresenta-se como uma alternativa para a prestação de assistência à saúde aos funcionários de empresas privadas, este modelo possibilita que as empresas controlem melhor os custos com a saúde, o gerenciamento da própria rede credenciada, negociação dos preços a serem praticados e a melhoria da qualidade do benefício. Este estudo visa realizar uma análise das características e do *comportamento da autogestão do plano de saúde* oferecido pela Empresa de Correios e Telégrafos na Diretoria Regional de Santa Catarina. Como resultado o trabalho apresenta uma visão da realidade da autogestão da saúde dos Correios e assim propõe melhorias que sejam adequadas para a otimização e racionalização do uso do mesmo. O benefício é atraente às empresas e viável financeiramente devido ao baixo valor *per capita*, mas o processo necessita ser revisto devido ao crescente aumento dos custos, da má utilização do plano por parte dos beneficiários e da falta de orientação da *diante da prevenção e promoção à saúde*. Quanto à metodologia aplicada, trata-se de uma pesquisa inicialmente exploratória e posteriormente descritiva, qualitativa, utilizando-se de pesquisa documental no banco de dados da empresa e pesquisas bibliográficas juntamente com a observação participante do pesquisador inserido na área estudada.

Palavras-chave: Autogestão; Assistência à Saúde; Benefício.

ABSTRACT

Serafim, Ana Paula Savi. **Companies' self management on health insurance: case study: Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos**. 2006. (153p). Internship Project (Degree in Business Administration). College of Business Administration, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
Counselor: João José Cândido da Silva

The self management presents itself as an alternative to provide health insurance to the employees of private companies. This model facilitates companies to better control their costs, manage their own credential services, negotiate prices to be charged, and improve the quality of benefits. This study offers an analysis of the characteristics and behavior of the self management plan of health insurance offered by the Post Office and Telegraph Company in the Regional Directory of Santa Catarina. As a result, the project presents a vision of the reality of the self management to the optimization and rationalization of its use. The benefit is attractive to the companies and financially viable having a low per capita value. However, the process needs to be revised because of increasing costs, bad use of the plan by the beneficiaries, and lack of orientation on prevention and promotion of health. The methodology applied is initially an exploratory research followed as *descriptive and qualitative*. It uses documentary research from the data base of the company and bibliographical researches in conjunction with the active observation of the researcher in the study area.

Key words: Self management, health insurance, benefit.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Beneficiários por modalidade da operadora	42
TABELA 02: Distribuição das autogestoras por região do país.....	56
TABELA 03: Indicadores de Utilização.....	103
TABELA 04: Indicadores de Custo Médio	103
TABELA 05: Custo de consulta por mês	104
TABELA 06: Custo Médio de Exames por mês.....	105
TABELA 07: Taxa de exames por consultas.....	106
TABELA 08: Custo de Internações	107
TABELA 09: Reembolso do Sistema Livre Escolha	108
TABELA 10: Co-participação dos Empregados	109
TABELA 11: Demonstrativo de despesa <i>per capita</i>	110
TABELA 12: Média de custos <i>per capita</i> real no ano de 2005 no Brasil	111
TABELA 13: Representatividade dos credenciados por REOPs.....	113
TABELA 14: Parâmetros da OMS e OPAS para Assistência Médica	114

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 01: Fontes de custeio	58
------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASPE	Associação Brasileira das Autogestoras em Saúde pelas Empresas
AC	Administração Central
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional da Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Autorização de Pagamento
APLAQ	Assessoria de Planejamento
ASASPE	Associação Brasileira de Serviços Assistências de Saúde Próprios de Empresas
ASCOM	Assessoria de Comunicação Social
ASJUR	Assessoria Jurídica
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAT	Comunicado de Acidente de Trabalho
CBHPM	Classificação Brasileira de Hierarquização de Procedimentos Médicos
CEF	Caixa Econômica Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
Ciefas	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONAMGE	Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina em Grupo
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONSU	Conselho de saúde Suplementar
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CSS	Câmara de Saúde Suplementar
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DCT	Departamento de Correios e Telégrafos
DR	Diretoria Regional
DR/SC	Diretoria Regional de Santa Catarina
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECT	Empresa de Correios e Telégrafos
FAZ	Fundação de Ação Social
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguro Provados e de Capitalização
GECOF	Gerência de Contabilidade e Controle Financeiro
GEOPE	Gerência de Operações
GERAD	Gerência de Administração
GERAT	Gerência de Atendimento
GEREC	Gerência de Recursos Humanos
GEREM	Gerência de Engenharia

GESIT	Gerência de Sistemas e Telemática
GETO	Guia de Exames e Tratamentos Odontológicos
GEVEN	Gerência de Vendas
GINSP	Gerência de Inspeção
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
Manpes	Manual de Pessoal
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCCS	Plano de Carreira de Cargos e Salários
RPA	Recibo de Pagamento de Autônomo
RPG	Reeducação Postural Global
REOP	Região Operacional
RS	Referência Salarial
SINAMGE	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
STF	Superior Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP/MF	Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão à Saúde
UNIMED	União Nacional de Médicos
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTSI	Unidade de Tratamento Semi-Intensivo
UC	Unidade Coronariana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 TEMA-PROBLEMA	13
1.2. OBJETIVO GERAL	15
1.2.1 Objetivos Específicos	16
1.3 JUSTIFICATIVA	16
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DO BRASIL	18
2.2 LEGISLAÇÃO	30
2.2.1 Impactos da Regulamentação	38
2.3 MERCADO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL	41
2.3.1 Medicina de Grupo	42
2.3.2 Cooperativa Médica	44
2.3.3 Seguro Saúde	45
2.3.4 Planos Próprios da Empresa	46
2.4 AUTOGESTÃO EM SAÚDE	46
2.4.1 Assistência à Saúde nas Empresas	53
2.4.2 Financiamento e Preço	56
2.4.3 Entidades que Regulamentam o Setor da Autogestão	61
3 METODOLOGIA DO TRABALHO	65
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	65
3.2. AMOSTRAGEM	66
3.3 COLETA DE DADOS	67
3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	68
4 ESTUDO DE CASO	69
4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	69
4.1.1 Estrutura da ECT	71
4.2 DIRETORIA REGIONAL DE SANTA CATARINA – DR/SC	72
4.3 CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO DOS CORREIOS	75
4.3.1 Cobertura do CorreioSaúde	79
4.3.2 Serviços de Odontologia	84
4.3.3 Tratamentos Emergenciais e Eletivos	86
4.3.4 Co-participação	87
4.3.5 Sistema Livre-escolha	89
4.4 ESTRUTURA E OPERACIONALIZAÇÃO	90
4.4.1 Remuneração da Rede Credenciada	92
4.4.2 Utilização	94

4.4.3 Pagamento das Contas Médicas.....	96
4.5 MEDICO OPERACIONAL	99
4.5.1 Exame Médico Admissional	100
4.5.2 Exame Médico Periódico	100
4.5.3 Exame Médico de Retorno ao Trabalho	101
4.5.4 Exame Médico de Mudança de Função ou Cargo	102
4.5.5 Exame Médico Demissional	102
4.6 PRINCIPAIS INDICADORES DA UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	102
4.6.1 Identificação dos Desvios Existentes	104
4.6.2 Indicadores de Utilização dos Usuários dos Correios e Respectivos Custos	107
4.6.3 Rede Credenciada	112
4.7 ALTERNATIVAS PROPOSTAS	113
 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	 117
5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
5.2 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	119
 REFERÊNCIAS	 120

ANEXOS

ANEXO A	125
ANEXO B	131
ANEXO C	134

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no Brasil é realizada pelo setor público através do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo que este se encontra regulamentando pelas Leis 8142/90; 8080/90 e pela Constituição Federal de 1988. De acordo com a Lei 8080/90 o SUS "é o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e Instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público." Os princípios doutrinários do SUS são: as universalidades, equidade e a integralidade; já os princípios organizativos são: a regionalização, a hierarquização, a descentralização, o controle social, a resolatividade e a completariedade do setor privado.

Cabe ao setor privado o Sistema Suplementar da Saúde, este regulamentado pela ANS (Agência Nacional da Suplementariedade da Saúde). Tal sistema é composto por empresas popularmente chamadas de "convênios", e estes se dividem em quatro modalidades: seguro-saúde, cooperativas, medicina de grupo e a autogestão, que será abordada neste trabalho.

Este estudo buscará analisar na Empresa de Correios e Telégrafos (ECT), na Diretoria Regional de Santa Catarina (DR/SC), em sua Gerência de Recursos Humanos, o setor de Contas Médicas, focando a realidade atual, identificando os processos realizados por esse setor e as características do plano de autogestão à saúde assim como o perfil da população atendida. O estudo prestado tem como meta servir como uma ferramenta de auxílio na gestão dessa área.

Com isso, busca-se identificar possíveis problemas na estrutura e no perfil da gestão do plano de saúde, problemas que afetam a viabilidade e a eficiência da autogestão do plano de saúde na organização.

1.1 PROBLEMA

Administrar um plano de assistência à saúde tem sido um desafio cada vez mais complexo. À parte as novas disposições legais que afetam o cotidiano de todas

as empresas e entidades, a atividade em si representa uma equação de difícil solução, seja por conta dos sempre escassos recursos de empresas e trabalhadores, seja devido ao custo assistencial que sempre supera a inflação normal da economia.

O modelo de Autogestão tem se apresentado como uma das alternativas mais viáveis para a assistência à saúde. A Autogestão oferece cobertura mais ampla e custos mais acessíveis e condizentes com a realidade brasileira.

Uma das carências com que se deparam as autogestões é a escassez de informações do setor que permitam acompanhar o desenvolvimento individual e coletivo comparativamente.

Atualmente o setor saúde está submetido ao modelo neoliberal, ou seja, os empresários e profissionais da saúde buscam cada vez mais lucros maiores, defendem a livre iniciativa, sem a regulamentação do Estado, e sem querer dar sua parcela de contribuição ao atendimento da grande massa da população, que não lhe dá o retorno financeiro esperado; no capitalismo, a questão saúde/doença das diferentes classes sociais está marcada pela lógica do lucro, da produção e reprodução do sistema.

As empresas privadas de atenção à saúde, que se desenvolveram incentivadas e são subsidiadas pelo Estado (através do desconto integral de despesas médicas no Imposto de Renda) garantiram seus ganhos dentro dos espaços institucionais. A partir do momento que o Estado entra em crise e não dá o retorno financeiro que o sistema privado espera, viram-lhe as costas em busca de novas possibilidades.

Surgiu, então, o sistema complementar de assistência à saúde, no qual surgiu a opção de pagar um plano privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para parte da seguridade social, que inclui o direito de acesso ao serviço público por meio de um sistema nacional de saúde. Este sistema apresentou crescimento expressivo neste final de século e passou a ocupar significativo espaço no mercado de assistência à saúde da nossa população.

Neste contexto, o plano de autogestão da ECT, em sua DR/SC e administrado pela GEREK no Setor de Contas Médicas tem como meta controlar e organizar as

atividades que afetam a autogestão do plano de saúde, mantendo as mesmas em conformidade com metas traçadas pela organização; assim como também avaliar as características dos serviços médicos prestados, ocorrência dos mesmos e controle dos custos mediante prévia autorização de consultas; exames; procedimentos cirúrgicos e materiais a serem utilizados; e programas de prevenção à saúde.

O Setor de Contas Médicas apresenta todos os custos financeiros, e os procedimentos mais realizados. Este setor responsabiliza-se pelo credenciamento de novas clínicas, laboratórios, médicos, dentistas, hospitais e fornecedores de materiais cirúrgicos, bem como a negociação de preços especiais que não se enquadram na tabela de custos padrão.

No caso, este setor, as atividades realizadas têm por finalidade manter os custos dentro do orçamento estabelecido pela empresa sem afetar a excelência na prestação da assistência médica aos seus beneficiários, a fim de garantir a qualidade de vida dos funcionários e dependentes. Os desafios são grandes, pois ao dispensar a contratação de uma empresa especializada em assistência médica a ECT elimina os custos de intermediação para assumir os custos de administração de seu próprio *programa de assistência*; mas visando sempre a uma melhor qualidade e uma maior abrangência, com menores custos. Com isso, torna-se importante saber:

Diante da realidade atual, como a autogestão de assistência à saúde na DR/SC da ECT controla os excessos da utilização dos serviços de saúde, cometidos pelos seus beneficiários e credenciados (profissionais e prestadores de serviço)?

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar como o sistema de autogestão da saúde, na ECT, da Diretoria Regional de Santa Catarina controla a utilização dos serviços prestados para assistência à saúde de seus colaboradores.

1.2.1 Objetivos Específicos

- a) *Identificar o funcionamento da autogestão da saúde na ECT;*
- b) *Identificar as características do plano de saúde oferecido pela ECT;*
- c) *Identificar os problemas existentes diante do confronto entre os valores de utilização dos Correios com os do UNIDAS;*
- d) *Sugerir alternativas para a Coordenadoria de Planejamento e Recursos Humanos na tentativa de reduzir os custos com a assistência à saúde, baseado nos problemas identificados.*

1.3 JUSTIFICATIVA

Para a autogestão da saúde dar certo em uma organização, esta precisa estar bem planejada, organizada, controlada, coordenada e bem comandada. Como o programa de assistência à saúde focaliza a qualidade de vida dos funcionários e seus dependentes, o mesmo deve estar muito bem implantado, deve saber a quem está se destinando, bem como o perfil epidemiológico dos beneficiários e frequência com que os mesmos buscam os serviços. As características do programa de assistência médica tornam-se essenciais para o planejamento e controle das atividades e dos serviços oferecidos; indicam onde o programa deve se focar para garantir o atendimento com qualidade, maior abrangência e com menores custos.

Sendo assim, analisar a autogestão da saúde adotada pela ECT servirá para verificar se os objetivos do programa e se sua eficiência estão sendo atingidos, uma vez que a preocupação com a saúde dos funcionários e de seus dependentes torna-se altamente relevante, sendo um pré-requisito para a satisfação do trabalhador e a garantia de continuidade dos serviços da empresa.

Além disso, este estudo pode servir como ferramenta de auxílio à gestão de Recursos Humanos, oferecendo uma análise para a área que será pesquisada.

Quanto à viabilidade do estudo, o mesmo não apresentará custos significativos, uma vez que a análise a ser feita, da situação do programa inserido na ECT, não se estenderá além dos limites da mesma.

Outro ponto a ser destacado é o fato de ser a organização e o setor em que a pesquisadora realiza seu estágio, o que facilita o cumprimento dos objetivos estabelecidos neste trabalho e o acesso aos dados referentes ao objeto de pesquisa.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta pesquisa começa, no capítulo 1 com uma contextualização sobre o tema a ser abordado, bem como apresentar o Sistema de Saúde Brasileiro, os princípios do SUS e como este é complementado pelo setor privado. Faz-se uma abordagem inicial para se determinar o que motivou a escolha do assunto, assim como a viabilidade do trabalho.

No capítulo 2 será realizada a fundamentação do tema escolhido como objeto de pesquisa. Tudo o que for colocado posteriormente no estudo de caso deverá ser baseado em alguma fonte segura, em algum autor especialista no assunto.

A seguir, no capítulo 3, a metodologia da pesquisa será descrita para se ter uma total noção dos métodos de coleta de dados utilizados neste trabalho.

O capítulo 4 iniciará o estudo de caso com uma caracterização da organização utilizada como caso prático e a seguir os objetivos da pesquisa serão trabalhados de acordo o que será fundamentado e na ordem dos objetivos descritos anteriormente neste primeiro capítulo.

Por fim, caberá à autora deste estudo finalizar o trabalho com as considerações finais, que deverão conter uma análise final sobre o que foi abordado no capítulo 4.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DO BRASIL

Do final do século XIX até metade dos anos 60, praticou-se um modelo chamado sanitismo campanhista, com as ações de saúde sendo executadas sob forma de campanhas verticais e descontínuas, distantes da assistência médico-hospitalar, conforme Chioro (1998).

A desorganização dos serviços de saúde nos primeiros anos da República facilitou a ocorrência de novas ondas epidêmicas no país. Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuaram a ser assaltadas por varíola e febre amarela e ainda por peste bubônica, febre tifóide e cólera, que mataram milhares de pessoas, segundo Bertolli, 2000.

No início do século XX o Brasil era assolado por epidemias causadas por doenças infecto-contagiosas, principalmente a varíola, febre amarela, malária e tuberculose. O que se exigia do sistema de saúde no início deste século era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação, pois o modelo agro-exportador dominava a economia brasileira, baseado na exploração da cana-de-açúcar e café (CHIORO, 1998).

Segundo Aguilera (1993), a atenção do Estado se concentrava nos problemas de saúde que diziam respeito aos interesses específicos do capital comercial: o saneamento urbano, a insalubridade dos portos, a atração e retenção de mão-de-obra e as endemias rurais, com o Estado promovendo amplos programas de combate a algumas doenças, através de medidas de caráter autoritário, discricionário e impopular.

Até a década de 20, aqueles que necessitavam de assistência médica e possuíam recursos financeiros, podiam utilizar os serviços médicos dos profissionais privados de assistência à saúde. Aos que não podiam pagar pelos serviços médicos, a oferta de tratamento oferecida restringia-se a duas alternativas: a medicina popular

(leigos, curadores, práticos, benzedeiros.) ou o auxílio das Santas Casas de Misericórdia, destinadas ao tratamento e amparo aos indigentes e pobres, de acordo com Chioro (1998).

A assistência à saúde nas organizações brasileiras teve início nos anos 20 com as empresas de estrada de ferro. Tais empresas demandavam diversas formas de serviço sanitário e assistencial, medidas de caráter coletivo para garantir a saúde de seus funcionários sem que o desenvolvimento do setor fosse interrompido (UNIDAS, 2005).

Em 1923 foi aprovada a Lei Eloy Chaves, organizando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs.), originando a Previdência Social no Brasil, formadas por categorias urbanas, com maior poder de mobilização e pressão. Este período é caracterizado por várias greves e intensa mobilização dos trabalhadores e pelo movimento sindical, sob forte influência dos imigrantes europeus e dos movimentos socialistas e anarquistas. Conforme descrito por Chioro (1998, p.3):

[...] com a aprovação da Lei Eloy Chaves, surge a Previdência Social no Brasil e cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões, dos Ferroviários, as quais se seguiram outras Caps. Formadas por categorias urbanas, com maior poder de mobilização e pressão, as CAPs. eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários (1% da renda) e trabalhadores (3%). (...) mas a imensa maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhes a compra de serviços privados, o amparo das instituições de benemerência ou a desassistência.

As CAPs. possuíam financiamento tripartite, composto por empregados, empresa e governo. A Lei garantiu benefícios de assistência médica aos trabalhadores e seus familiares, medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões. Na era governo Getúlio Vargas, implantaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram autarquias centralizadas do governo federal. Como o objetivo era economizar recursos, houve grande estímulo para a compra dos serviços de assistência hospitalar e mesmo ambulatoriais, junto a terceiros, por meio de convênios com clínicas, hospitais e profissionais particulares. Os IAPs foram desobrigando da assistência à saúde e a responsabilidade, pela

obrigatoriedade com a prestação dos serviços médicos e hospitalares, passou dos IAPs para o Estado (UNIDAS, 2005).

Já para Paim (1994), os diferentes Institutos (IAPs), implantados por imposição governamental, criaram serviços próprios de saúde médico-hospitalar ou contrataram serviços da iniciativa privada. Experimentaram, ainda, considerável ampliação de sua estrutura, principalmente a hospitalar. A grande maioria dos hospitais públicos foi construída nesse período (1933-1966). Simultaneamente, cada vez mais se adotava o modelo de saúde norte-americano, incorporando-se indiscriminadamente tecnologia numa visão de saúde hospitalocêntrica (com foco central na instituição hospitalar e na idéia de que a estrutura pública de saúde deve estar montada na perspectiva de curar as pessoas de suas doenças e não em preveni-las, com a utilização de alta tecnologia, da estrutura hospitalar, aumentando significativamente os custos da saúde) e, naturalmente, de alto custo, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares.

A Constituição de 1934 incorporou algumas garantias ao operariado, tais como a assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Nos anos seguintes outros benefícios foram incluídos na legislação trabalhista, como o salário mínimo, e o estabelecimento, em 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O atendimento aos operários enfermos e seus dependentes *expandiu-se*. Começou a estruturar-se assim o setor previdenciário que, garantido por uma legislação específica, foi ampliado no decorrer dos anos, tornando-se o principal canal de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos, de acordo com Chioro (1998).

Segundo o Unidas (2005), entre os anos 1940 e 1960 as CAPs e as IAPs eram as únicas formas de assistência médica prestada embora beneficiasse apenas parte dos trabalhadores formais, deixando de fora as categorias formais menos organizadas, os trabalhadores rurais e o setor da economia informal.

Paim (1994), afirma que assim a medicina se afirmava pelo modelo liberal (modelo econômico que defende a não intervenção do Estado e o livre mercado; a questão saúde/doença das diferentes classes sociais está marcada pela lógica do lucro, da produção e reprodução do sistema) para os segmentos da população que

podiam pagar pelos serviços particulares; e assumia de modo progressivo, um padrão empresarial, vendendo serviços no mercado ou ao Estado (mediante contratos com os IAPs). Os estratos sociais com melhor nível de renda utilizavam os serviços médico-hospitalares particulares e a população não-previdenciária possuía acesso restrito aos serviços filantrópicos ou públicos, como indigentes.

Em maio de 1953, já no segundo período presidencial de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde, resultado de sete anos de debates, justificado pelo crescimento das ações de saúde pública: combates a epidemias e endemias (febre amarela, malária...). A nova pasta contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 50, confirmando o descaso das autoridades com a saúde do povo e o Brasil se apresentava como uma das nações mais doentes do mundo (BERTOLLI, 2000).

As alterações legislativas necessárias foram realizadas e permitiram aos IAPs e CAPs uma maior abrangência nos benefícios concedidos como garantia de assistência à saúde de aposentados e pensionistas e aumento do teto máximo de gastos na área médica. Já em 1954 surge o *Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões*, ampliando a abrangência das atribuições e benefícios prestados pelas IAPs, de acordo com o Unidas (2005).

Conforme Souza (2002), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária.

Com o golpe de 1964 ocorreu uma ruptura institucional que abortou o desenvolvimento da proposta descentralizante e intensificaram-se os processos de centralização e privatização. Em 1966 o governo unificou todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde o início da década de 30 (CAPs e IAPs), criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando, um modelo médico-assistencial-privatista (quando o mercado organiza a produção e distribuição dos serviços de saúde, investindo onde há possibilidades de lucros e o usuário paga pela assistência, seja diretamente ou através da Previdência Social), retirando

qualquer possibilidade de participação dos trabalhadores na gestão dos recursos, segundo Mendes (1991).

Conforme o mesmo autor, a criação do INPS permitiu: extensão de cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural; privilegio da prática médico-curativa (medicina que trabalha com a doença, reativa, buscando a cura das doenças já instaladas; e não na prevenção, na saúde não só representada pela ausência de doença, mas considerando o atendimento das demandas pessoais, familiares, no trabalho, no meio ambiente, visando o bem-estar individual e do conjunto da sociedade) individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública; criação de um complexo médico-industrial; organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde. Foi mantida a contribuição de 8% sobre os salários, tanto para empregados como para empresas, independente do ramo de atividade.

Como o INPS não possuía estrutura suficiente para atender a demanda da rede própria, foi necessário contratar uma rede de estabelecimentos privados que prestavam serviços de assistência médica por unidade de serviço. Parte significativa da expansão do sistema privado de assistência médica foi financiada por fundo público, formado pelos recursos das loterias federal e esportiva, bem como por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF), segundo consta em Unidas (2005).

Pela Constituição de 1967 o Estado deveria apoiar as atividades privadas na área da saúde; a atuação governamental seria apenas suplementar aos serviços prestados pela medicina privada, segundo Bertolli (2000). O mesmo autor ainda afirma que o aumento da cobertura à saúde promovida pela União é privatizante, fazendo do INPS um repassador de recursos para o setor privado. Assim, diversos hospitais privados são construídos e equipados com dinheiro público em troca de atendimento para a população previdenciária, suspenso pelo empresariado do setor, tão logo as tabelas de pagamento de procedimentos médicos deixaram de ser lucrativas.

Na década de 70 surgiram, portanto, as modalidades suplementares de prestação de serviços à saúde, como o convênio-empresa (a empresa assume a

responsabilidade sobre a assistência médica em troca de subsídios da Previdência) e a medicina de grupo, segundo Mendes (1991). Com o objetivo de oferecer melhor atendimento aos trabalhadores e reduzir os períodos de licença dos funcionários doentes, as grandes e médias empresas começaram a firmar contratos com grupos médicos, que substituíam os serviços prestados pelo INPS, depois INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). Como resultado desses acordos, as empresas deixavam de pagar a cota previdenciária ao governo e em troca comprometiam-se a prestar assistência médica a seus empregados, recebendo ainda subsídios do próprio governo federal, segundo Bertolli (2000).

A crise financeira da Previdência Social do final dos anos 70 e início dos anos 80 foi consequência do modelo econômico excludente e do endividamento externo junto às instituições financeiras internacionais e expressava o grande descontrole das contas e dos gastos públicos do setor. Colaboraram também para a crise os privilégios concedidos ao setor privado e especializado na prestação da assistência médica, segundo Heimann (2000).

Em 1974 ocorre uma reestruturação no quadro da saúde, conforme consta em Unidas (2005, p.14):

[...] foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (Iapas), que administrava e recolhia recurso; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), destinado somente a administrar o sistema de saúde previdenciária, onde ocorre uma reestruturação na área da saúde.

Para Souza (2002), o Inamps tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários.

A prática do convênio Inamps/empresa foi desacelerada em 1979. Tratamentos complexos e caros foram assumidos pelo governo, como o sistema ficou oneroso para o Estado, este retirou o financiamento. Diante disso muitas

empresas passaram a assumir a responsabilidade de oferecer assistência médica aos seus empregados (UNIDAS, 2005).

Com a mobilização social buscando a melhoria da saúde, expressa no pensamento e voz dos reformistas, difundem-se princípios baseados na universalização, atenção primária, integralidade da atenção e controle social, para a reorganização dos serviços, com a adoção de algumas iniciativas opostas ao modelo hegemônico até então, buscando solucionar a crise e buscando absorver as orientações das proposições de "Atenção Primária à Saúde" e de "Saúde para todos até o ano 2000" oriundos da Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com Unidas (2005).

O início da década de 80 encontrou o sistema de saúde brasileiro sob forte contestação dos movimentos populares emergentes, de pesquisadores, acadêmicos, profissionais da saúde, políticos. O próprio Ministério da Saúde convocou e organizou em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde, ampliando o debate entre técnicos da área, em particular da saúde pública. De singular importância ainda neste período foi a marcante produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores na crítica do modelo vigente, nas denúncias sobre as condições de saúde da população e na proposição de uma nova política de saúde efetivamente democrática, propondo a descentralização, a universalização e a unificação como componentes essenciais de uma reforma democrática no setor da saúde (GUIMARÃES, 1994).

Em 02 de setembro de 1981, através do Decreto nº. 86.329, criou-se o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, com aumento da produtividade, melhoria na qualidade, equalização dos serviços prestados à população urbana e rural, montagem de um sistema de auditoria, revisão do financiamento da Fundação de ação Social (FAZ) e hierarquização de equipamentos. O Plano do CONASP surgiu no auge da crise financeira da previdência e de legitimidade do governo federal, além de contar com uma participação significativamente ampla em sua formulação (CHIORO, 1998).

Aquilara e & Bahia (1993, p.06) afirmam que:

Apesar da nítida preocupação com o corte de despesas, o CONASP representa a concessão de algumas reivindicações há muito reclamadas pela oposição; reconhece a responsabilidade do Estado na condução da política de saúde; busca-se a extensão da cobertura assistencial aos não previdenciários; estabelecem-se critérios de regionalização e hierarquização, com a *integração em uma mesma rede dos serviços federal, estadual e municipal*.

A partir do plano do CONASP foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), visando a alcançar níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes. Quanto ao programa de Ações Integradas de Saúde pode-se dizer que representou a primeira ação de grandes proporções em direção ao aperfeiçoamento da saúde. Procurou promover a gestão e a programação conjunta das ações das três esferas do poder público e consistiam na assinatura de convênios entre os níveis de governo, formulação de planos de saúde e a instalação de comissões interinstitucionais de saúde nos níveis estadual, regional, municipal e local, segundo Heimann (2000).

De acordo com Guimarães (1994), as AIS contavam com enorme resistência dos prestadores privados de serviços médico-hospitalares e de suas articulações de poder existentes no seio do aparelho institucional da previdência social, representadas por expressivos segmentos da burocracia previdenciária, além da *oposição expressa da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e da Associação Médica Brasileira (AMB)*.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que tendo como tema *"A saúde como direito de todos e dever do Estado"*, transformou-se num marco da reorganização do sistema nacional, esta definiu saúde como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (UNESCO, Ano 1, nº0, 1989).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 orientou a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo suas diretrizes de universalidade, equidade, e integralidade e seus princípios organizativos de regionalização/hierarquização, resolutividade, descentralização, participação social e complementaridade do setor privado. A agenda democratizante no setor saúde sofreu longo processo de amadurecimento até definir-se plenamente na Constituição Federal de 1988, cuja redação final incluiu a maior parte das propostas das organizações populares e de especialistas na área da saúde. Contou com expressivo movimento de incorporação de atores políticos à sua difusão, entre os quais se incluíram, progressivamente, partidos políticos, organismos sindicais e comunitários, *prefeitos, governadores e parlamentares* comprometidos com a melhoria dos investimentos na área social (UNESCO, 1989).

A saúde passa a estar entre as principais questões debatidas nesse período e provavelmente a que encontra maior amplitude nacional. Avançar sobre esse amplo conjunto de questões ainda não resolvidas foi a tônica da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em julho de 1987. As diretrizes do SUDS assumiam os princípios da Reforma Sanitária, entre outros: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, que viriam a ser consolidados na Constituição de 1988, sendo características básicas do sistema, a descentralização, a gestão colegiada e participativa e a integração de recursos. Podemos classificar de ousada a criação e atuação do SUDS, que não “esperou” a nova Constituição para desenhar as estratégias e táticas de mudança, mas interveio no processo político, inclusive como determinante no que a Constituição expressou sobre o SUS (BERTOLLI, 2000).

O texto da Constituição de 1988 representa um avanço considerável, sendo reconhecido internacionalmente como uma referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional. Estabeleceu, pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde, enfocando três aspectos principais: incorporou um conceito mais abrangente de saúde, legitimou o direito de todos, sem qualquer

discriminação, às ações de saúde em todos os níveis e estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, com direção única em cada esfera do governo, e sob controle da sociedade. Os serviços privados, conveniados e contratados, passaram a ser complementares e subordinados às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Unidas (2005).

Conforme o texto da Constituição (BRASIL, 1998):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à *redução do risco de doença e de outros agravos* e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade

O Governo procurou estabelecer condições para que o Estado interferisse mais acentuadamente nos *serviços particulares de saúde*. Exigiu maior controle das atividades desenvolvidas pelas instituições privadas no setor médico-hospitalar. O setor privado foi definido como forma complementar aos serviços públicos; as entidades filantrópicas teriam papel auxiliar no funcionamento do SUS (BERTOLLI, 2000).

A nova Constituição Federal (1998) instituiu o Sistema Único de Saúde, porém, a sua regulamentação veio a ocorrer somente dois anos depois, com as Leis Federais 8.080/90, que estabeleceu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o financiamento dos serviços, porém não conseguiu incluir dispositivos de *regulação do setor privado*, inclusive de atenção médica suplementar e do setor de alta tecnologia; e 8.142/90, que dispôs sobre a forma de participação da população na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos para os estados e municípios. O artigo 4º da Lei Federal 8.080 de 1990, assim definiu o SUS:

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar (BRASIL, 1990).

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente às Leis que o regulamentam. Não é um sucessor do INAMPS ou de qualquer outra política de saúde já existente. É um novo modelo de assistência à saúde, um projeto social em construção, uma reforma de Estado em andamento, onde as necessidades de saúde são o critério de maior importância na organização da atenção à assistência. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram os instrumentos legais, editadas pelo Ministério da Saúde, que definiam as diretrizes e formas de atuação do SUS (BERTOLLI, 2000).

O SUS envolve o duplo sentido de que a saúde passa a ser definida como direito de todos, integrante da condição de cidadania social, e passa a ser considerada dever do Estado, implicando uma responsabilidade e solidariedade do conjunto da sociedade. Aqui se configura o modelo de seguridade social, em que as clientela são beneficiadas independentemente de sua contribuição ao financiamento do sistema, porque é assumido pelo conjunto da sociedade. Ele corresponde a uma requalificação do direito à saúde, que deixa de ser privilégio dos contribuintes da Previdência e se estende a todos os cidadãos, e também a uma requalificação da responsabilidade do Estado, que deixa de ser uma mera agência do seguro social em saúde e passa a ser o responsável pela sua garantia a todos os cidadãos. O principal obstáculo ao desenvolvimento do SUS como pacto solidário situa-se na questão do financiamento, uma vez que o volume de recursos destinados à saúde, hoje está abaixo do mínimo (MÉDICE, 1997).

Conforme Alves (2003), o financiamento da saúde é composto por 58% de recursos federais, 18% estadual e 24% municipal. A execução dos serviços é prioritariamente municipal, descentralização que transformou municípios em entidades públicas responsáveis por administrar uma política abrangente e complexa. Hoje, os 5.500 municípios trabalham a saúde em conjunto com os 27 Estados e a União. A administração da saúde exige um trabalho conjunto dos governos federal, estaduais e municipais, induzindo uma colaboração e uma continuidade entre administrações de diferentes partidos.

O SUS apresenta-se como uma experiência altamente inovadora, indicativa do quanto à descentralização e a participação podem contribuir para um melhor desempenho da gestão pública. Como novo sistema de saúde, agora universal, precisa buscar trabalhar com estruturas ágeis e compatíveis com as novas tarefas e compromissos do sistema: a unificação dos comandos institucionais, a descentralização, a participação da comunidade, na figura dos Conselhos de Saúde, o orçamento participativo, as Conferências de Saúde. É evidente também nesse particular, que há muito quer caminhar em direção a mecanismos mais ágeis e efetivos a partir de transformações no Estado e na sociedade (BERTOLLI, 2000).

Bertolli (2000) comenta que o modelo de atenção à saúde do SUS, baseia-se numa concepção ampliada do processo saúde-doença, na integralidade da assistência à saúde, em que o acesso a bens e serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende essencialmente de políticas públicas mais amplas e capazes de prover qualidade de vida. Entretanto, as limitações do financiamento podem ter um efeito dramático, caso os ganhos em cobertura da atenção básica, alcançando populações até então excluídas, não sejam acompanhados de ganhos em resolutividade e qualidade da atenção. Faz-se necessário que o sistema assuma a assistência de média e alta complexidade para toda a sua população beneficiada.

Os recursos financeiros do SUS são insuficientes para atender todas as esferas da sociedade; a falta de mecanismos mais eficientes na transferência financeira e mais clareza nas regras para o comprometimento dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios com as políticas de saúde; a qualidade dos serviços é muito desigual e o que funciona adequadamente é dissolvido no mar de irregularidades, na falta de serviços

essenciais e na dificuldade encontrada pelos usuários em se deslocarem no interior do SUS, sobretudo quando necessitam de tratamentos mais complexos, segundo Oliveira Junior (1998).

2.2 LEGISLAÇÃO

Conforme Chollett e Lewis *apud* Almeida (1998), a regulamentação do setor privado de saúde tem três objetivos que apontam para a proteção do consumidor e para níveis aceitáveis socialmente de justiça social:

- a) Manutenção da estabilidade do mercado segurador: definição de padrões financeiros e éticos para que sejam regulados a entrada, operação e saída das operadoras de saúde no mercado;
- b) Controle da assimetria de informação: regulamentação das cláusulas contratuais e do marketing dos planos; assim como das relações entre operadoras e prestadores de serviço;
- c) Maximização da participação do consumidor no mercado privado de saúde: conciliação das práticas do mercado privado de seguros com as demandas sociais de justiça e maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica.

Desde o final dos anos 80 a regulamentação da assistência médico-hospitalar suplementar vem integrando a agenda governamental. Em 1989, a Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda (SUSEP / MF) defendia a necessidade da regulamentação do setor, e reclamava para si a função regulatória da oferta e comercialização da assistência médica suplementar. Acreditava-se que a intensificação da disputa entre as operadoras de planos e seguros de saúde por clientes e o crescimento do volume financeiro das transações seriam atraentes para as grandes seguradoras do mercado internacional. Neste sentido, visando estabelecer um padrão de competição favorável à entrada do capital econômico, a regulamentação se restringia aos aspectos econômico-financeiros. Essa pauta contendo proposições para a contenção do aumento abusivo de preços dos prêmios, pagamento de impostos pelas empresas médicas (medicinas de grupo e cooperativas de trabalho médico) e, sobretudo, a abertura do segmento à

participação do capital e empresas estrangeiras, permanecerá até a década de 1990 (BAHIA, 1999).

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, consolidaram legalmente a implementação do SUS, garantindo, universalmente, o acesso às tecnologias disponíveis e a todos os serviços necessários à promoção, proteção e ao restabelecimento da saúde dos brasileiros. Esta garantia se dá pelo desenho de um sistema em que o Governo assume a produção e a prestação de bens e de serviços de saúde, independentemente das forças e dos interesses do mercado. A década que sucedeu a proposição do SUS, entretanto, acabou por configurar um panorama distinto do que sugeriu a Lei, porque as forças do mercado atuaram na determinação da expansão do sistema suplementar de assistência médica, de acordo com Barbosa (2001).

No mercado privado de saúde, o seguro-saúde era, até antes da aprovação da Lei 9.656/98, a modalidade de gestão mais regulamentada. Regulamentado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) obedecia a diversos instrumentos legais, tendo como legislação básica o Decreto-Lei nº. 73, de 21/11/66 e o Decreto nº. 60.459 de 13/03/1967 (BARBOSA, 2001, p.141).

A legislação brasileira sobre cooperativismo encontra-se no Decreto nº. 5.764, de 16/12/71, que criou o Conselho Nacional de Cooperativismo (ligado ao Ministério da Agricultura) o qual define a política nacional para o setor. Assim, estranhamente, as cooperativas médicas observavam determinações legais advindas do Ministério da Agricultura. Contudo, essa legislação diz respeito muito mais às obrigações tributárias que às obrigações para com seus consumidores. As empresas de medicina de grupo e as de autogestão em assistência à saúde anteriormente à aprovação da Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e os seguros privados de assistência à saúde, não eram submetidas a nenhuma regulamentação e/ou fiscalização oficial. O Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE), instituído em 1991, surgiu como uma tentativa de preencher a lacuna deixada pela ausência de regulamentação oficial da atividade das empresas dessa modalidade de atenção à saúde. Já as autogestões, desde o

início das primeiras instituições, têm como uma de suas características marcantes a auto-regulação (BARBOSA, 2001).

O governo envidou esforços no sentido de aprovar a Lei 9.656/98 e reformulou a estrutura organizacional do Ministério da Saúde, instituindo, dentro da Secretaria de Assistência à Saúde, o Departamento de Saúde Suplementar, como reconhecimento da necessidade de se trabalhar formalmente as questões relativas à saúde suplementar. A Lei 9.656, sancionada em 03 de junho de 1998, marcou o início da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde. O que se buscou com a legislação, em tese, foi o equilíbrio sócio-econômico entre as partes, de modo a se evitar abusos e omissões, e que a relação contratual das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde e seus usuários possa ocorrer de maneira *pacífica, transparente e mais justa, buscando solucionar as principais reclamações dos usuários dos planos*, Unidas (2005).

Para Bahia (1999), o intuito inicial da regulamentação do mercado de assistência médica suplementar direcionava esforços para tornar viável a entrada do capital internacional, através da remoção de obstáculos como a comercialização de planos com coberturas restritas e preços baixos por pequenas empresas, e a prática de monopólio das cooperativas médicas em cidades do interior. Apresentava-se como *solução o estabelecimento de regras econômico-financeiras que controlassem a entrada das empresas de assistência à saúde no mercado e combatessem organizações que tendiam a criar monopólios no mercado, além do atual contra a evasão fiscal proveniente do status jurídico filantrópico de muitas empresas que operam no setor*. Entretanto, a transformação da regulamentação em projeto de Lei discutido no Congresso Nacional, somada a fatores como o aumento do número de denúncias de negação de atendimento e o aumento abusivo de preços que ocuparam as páginas da grande imprensa, foram fatos determinantes para a efetiva regulamentação do setor, cujo primeiro grande marco normativo foi a promulgação da Lei nº. 9.656, de 1998. Enfim, a Lei nº. 9.656/98 foi aprovada pelo Congresso incorporando a ampliação da cobertura dos *contratos de prestação de assistência médica e hospitalar*, bem como os aspectos de regulamentação da situação econômico-financeira das empresas de planos e seguros de saúde.

A Lei 9656/98 é o resultado das discussões que se iniciaram no Legislativo após a promulgação da Constituição Federal. Vale destacar que a sua aprovação no senado somente foi possível pela introdução de possíveis alterações no enunciado legal por meio de Medida Provisória (MP), solução política adotada (com a concordância dos atores sociais envolvidos) para evitar que o setor permanecesse operando sem regras (BRASIL, 2005).

Antes da Lei nº. 9656/98 não havia cobertura mínima definida para os planos e seguros de saúde, sendo esta estabelecida unicamente pelos contratos firmados entre a operadora e o consumidor. Consequentemente, o que se observava eram os mais variados tipos de exclusões de cobertura e negação do acesso aos serviços médico-hospitalares. As operadoras tendiam a excluir de seus contratos as doenças crônicas e degenerativas, doenças infecciosas, doenças preexistentes, doenças mentais, tratamentos de alto custo, além de impor limitações para utilização de procedimentos e dias de internação, e de idade para acesso e permanência no plano, Bahia (1999).

Os beneficiários dos planos privados de saúde utilizam os serviços do Sistema de Saúde Oficial, onerando o orçamento público destinado à saúde, muitas vezes devido a restrições impostas pelas próprias operadoras. A partir da Lei 9.656/98 está previsto o ressarcimento destas despesas ao SUS. Porém, diversas empresas de planos de saúde privados não estão pagando, ou estão depositando em juízo, sob o argumento de que o acesso à saúde é direito constitucional de todos os brasileiros, matéria ainda a ser julgada pelo Superior Tribunal Federal (STF) (CIEFAS, 2002).

As regras que orientam o funcionamento do setor e atualmente em vigor estão definidas na Lei 9.656/98 e na MP 2.177-44 de 24/08/2001 (que deu nova redação a Lei). De forma complementar a legislação setorial, outras normas foram fixadas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e pela Agência Nacional de Saúde (ANS). O texto legal estabeleceu critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor, discriminou os padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das operadoras e da assistência à saúde por elas prestadas e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes. Em adição, a Legislação definiu os atributos essenciais e específicos dos planos de saúde que servem de referência para todos os contratos que venham a ser celebrados. Citado expressamente na Lei 9656/98, o plano referência é o modelo mínimo de cobertura a ser oferecida pelos planos de saúde em comercialização (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde mobiliza atores e interesses presentes no mercado de medicamentos e na assistência médica suplementar, e cria duas instituições voltadas à defesa dos direitos dos consumidores de insumos e planos de saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Assim, o processo de regulamentação tem como marcos iniciais: a redução do conceito de saúde ao de assistência médico-hospitalar e o de boa saúde à maior quantidade e possibilidade de escolha dos prestadores de serviços; e a crença na necessidade de intervenção governamental para incrementar o mercado, dotando-o de mecanismos competitivos e um certo menosprezo pelas instâncias legislativas (BAHIA, 1999).

Segundo Unidas (2005), a ANS, autarquia especial, nova agência de regulação e vinculada ao Ministério da Saúde, foi criada pela Lei nº.9961/00. A ANS é o órgão de regulamentação, normalização, controle e fiscalização das atividades dos planos, seguros e convênios de saúde, com autonomia administrativa e financeira, nos moldes de outras agências governamentais. Tem como características a autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, bem como as decisões técnicas e mandatos fixos de seus diretores.

Segundo Bahia (1999), a decisão de criar a ANS representou, senão uma superação definitiva da disputa sobre a institucionalização da regulamentação das operadoras de planos e seguros de saúde, ao menos, o fortalecimento da autoridade, das atribuições e das responsabilidades do Ministério da Saúde em relação ao da Fazenda. Contudo, a Lei nº. 9.656/98 e os demais instrumentos legais dela derivados nem sempre são os referenciais utilizados por instituições públicas e privadas que atuam diretamente ou indiretamente com a assistência médica suplementar. Um primeiro grupo de normas da regulação dos planos e seguros de saúde diz respeito às tensões relativas ao escopo da regulação. Isto é, a normatização de relações entre os agentes que integram a assistência médica suplementar, não abrangidos ou apenas formalmente mencionados pela legislação específica das operadoras de planos e seguros de saúde. O segundo conjunto refere-se às interpretações de conflitos envolvendo a assistência médica

suplementar, primordialmente baseados em outros instrumentos legais, tais como a Constituição de 1988 e o Código de Defesa do Consumidor de 1990.

Conforme site da ANS (2005), os objetivos deste órgão são regular os mercados de saúde suplementar nos termos da Lei 9.656/98 e propor políticas e diretrizes ao CONSU, entre elas:

- a) Assessorar os consumidores de planos privados de assistência à saúde e regular as condições de acesso;
- b) Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- c) Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores;
- d) Dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos efetuados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público;
- e) Estabelecer mecanismos de controle de abusividade de preços; e
- f) Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar.

Como a ANS não dispõe de instrumentos normativos relativos às relações entre as operadoras e os prestadores de serviços, as tentativas de fixar padrões para a regulação destas relações adquirem destaque na agenda das entidades profissionais, de outras empresas prestadoras de serviços e até mesmo do Congresso Nacional, Bahia (1999).

De acordo com Unidas (2005), a nova legislação trouxe mudanças positivas para os usuários de planos de saúde de todos os segmentos. A maioria delas com aplicação imediata somente para os planos instituídos a partir de janeiro de 1999 ou para aqueles que optarem pela adaptação ao sistema previsto na Lei. Alguns avanços e transformações fizeram a Lei 9.656/98 ter como principais aspectos:

- a) Definição como operadora toda ou qualquer pessoa jurídica de direito privado responsável pela administração de planos de saúde, incluindo o segmento comercial e o não-lucrativo;

- b) Instituição do plano-referência, que engloba a assistência médico-ambulatorial e hospitalar;
- c) Proibição do limite de internação hospitalar;
- d) Assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida;
- e) Proibição da empresa de vedar a participação do usuário, em razão da sua idade, doença preexistente ou deficiência. Mas permite o agravamento (aumento) da mensalidade em alguns casos;
- f) Regulamentação do credenciamento de prestadores de serviços hospitalares;
- g) Limitação dos prazos de carência;
- h) Assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida;
- i) Rescisão contratual unilateral pela empresa apenas em casos de fraude ou atraso no pagamento da mensalidade em período superior a 60 dias;
- j) Cobertura em saúde mental;
- k) Garantia ao demitido sem justa causa e ao aposentado, que contribuíram por mais de dez anos com plano coletivo de empresa, ao direito de permanecerem no mesmo plano, desde que assumam o pagamento integral das mensalidades ou despesas;
- l) Ressarcimento ao SUS toda vez que um usuário de plano de saúde for atendido em hospitais públicos;
- m) Padronização de sete faixas etárias: (0 a 17 anos; 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; e acima de 70 anos). Os valores das mensalidades em cada faixa podem variar entre as empresas, desde que o valor da última não seja superior a seis vezes o da primeira; e
- n) Cobertura de transplantes de rim e córnea.

As operadoras de planos de assistência à saúde, segundo o site da ANS (2005), as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde. Com base nas informações recolhidas no setor, a ANS definiu oito modalidades de operadoras. São elas: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições

filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

O CONSU, criado pela Lei 9.656/98, conforme art. 35-A, é um órgão deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre as políticas macro e que são colocadas em prática pela ANS. Tem como câmara consultiva permanente a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) formada pelas entidades representativas dos consumidores, dos diversos segmentos de operadoras, dos profissionais, dos prestadores e, mais recentemente, também por representantes da Confederação Nacional do Comércio e da Indústria, além de representantes da Central Única de Trabalhadores (CUT) e da Força Sindical, que protagonizam as relações no setor e apreciam as questões a serem deliberadas pelo CONSU. Criada originalmente pela Lei 9.656/98, desde então a CSS se reúne mensalmente e, em 2000, tornou-se órgão consultivo da ANS (UNIDAS, 2005).

Na classificação econômica dos bens de consumo, a assistência médica em geral pode ser considerada um bem privado, um serviço que beneficia a pessoa que o consome e que, uma vez consumido por essa pessoa, não o pode ser por outras. A constituição dos sistemas de serviços de saúde deu-se por meio de uma profunda disposição pública/privada, visando superar os problemas que a prática do mercado privado traz (BALZAN, 2003).

Hoje, vivemos na saúde suplementar um quadro unânime de insatisfação. As entidades de representação médica reivindicando reajuste de honorários; os hospitais buscando reajustar suas tabelas de serviços; as operadoras procurando se adaptar à legislação vigente e ao equilíbrio financeiro; a ANS buscando cumprir seu papel regulador, obtendo avanços inegáveis, mas conseguindo em diversos episódios desagradar a todos; e os consumidores querendo maior cobertura a preços mais baixos e que nem sempre vêm suas necessidades atendidas. O processo de regulamentação dos planos privados de saúde está ainda em elaboração e, com certeza será marcado por intensos e dinâmicos debates. Apesar de sua complexidade e necessidade de ajustes, é um marco importante, fruto do processo democrático. É uma conquista de toda a sociedade e que vem contando com o

acompanhamento crítico e propositivo do segmento de autogestão em saúde, que presente em todos os momentos da regulação, hoje com representação na Câmara de Saúde Suplementar, tem servido de parâmetro para a tomada de inúmeras decisões, tendo em vista suas características marcantes de auto-regulação e a busca constante da melhor relação custo e benefício (CIEFAS, 2002).

O sistema supletivo vem enfrentando dificuldades para se manter viável economicamente, decorrência dos custos crescentes, inerentes ao avanço tecnológico na área da saúde, o envelhecimento da população, demandando mais recursos pelo tempo de vida; o acesso cada vez mais universalizado para todos os níveis de atenção à saúde, muitas vezes incompatível com o nível de renda da população, mas garantidos pela ANS, com base na Lei 9656/98, Balzan (2003).

2.2.1 Impactos da Regulamentação

Conforme o site da ANS (2005), o setor de plano de saúde vive uma densa transformação desde a vigência da Lei 9656/98. A partir de janeiro de 1999 passou a ser necessário a obtenção de um registro provisório de funcionamento para que as operadoras atuem no setor. As mesmas passaram a ser impedidas de recorrer à concordata e de ter seus credores pedindo falência, ou seja, uma operadora só pode ser liquidada a pedido da ANS (fórmula encontrada para garantir os direitos dos consumidores). A segurança do usuário dos planos de saúde aumentou com a regulamentação da ANS através de medidas necessárias à manutenção da integridade das operadoras e da garantia de continuidade da prestação dos serviços de assistência contratados.

Ainda de acordo com o site da ANS, a Lei institui a obrigatoriedade de informações, para permitir à agência reguladora fazer análises e acompanhar a evolução dos custos e assim possibilitar as autorizações de aumento de mensalidade nos planos de saúde. Os planos de saúde anteriores à Lei foram proibidos de serem comercializados, os planos firmados após a Lei garantem ao consumidor a assistência a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde.

A necessidade de se adequar à regulamentação trouxe às operadoras um custo maior em termo administrativo-operacional, para adequar a estrutura necessária ao fornecimento das informações requisitadas pela ANS. O processo de regulamentação resultou em maior burocracia dos processos de gestão interna e externa (relação com os beneficiários e órgão regulador), impôs aumento de gastos e a necessidade de profissionalização das empresas e de seus dirigentes. As ações de regulamentação, regulação e fiscalização deixam de lado os prestadores de serviço (hospitais, clínicas, laboratórios e clínicas), por isso a ANS determinou a celebração de contratos formais que devem detalhar aspectos como a especialidade e o tipo de serviço prestado (UNIDAS, 2005).

A co-participação direta do usuário no financiamento do serviço, quando efetuada a utilização, tem sido questionada, pois pelo lado do consumidor, apesar de reduzir a demanda, pode levar à postergação do atendimento, nas camadas mais pobres, com maior custo posterior; para o prestador pode induzir à maior demanda de serviços para compensar a perda de renda motivada pela baixa procura motivada pelo paciente. Um sistema mais eqüitativo em termos de financiamento só pode ser alcançado com forte intervenção estatal, com filiação compulsória de todo cidadão e a estrita regulação do sistema operador de seguros e prestador de serviços (ALMEIDA, 1998).

Conforme o Unidas (2005), o ressarcimento ao SUS também gerou impacto, pois sempre que um beneficiário do plano de saúde receber atendimento de um serviço público, a operadora deverá ressarcir ao SUS, mas isso pode caracterizar bitributação, uma vez que o funcionário já contribuiu para o serviço público e ao seu plano também. Quanto aos honorários médicos foi implantada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), como parâmetro de remuneração médica.

De acordo com Macera (2004), a heterogeneidade de serviços de atenção à saúde, bem como a subjetividade na avaliação da qualidade dos mesmos, dificulta a disseminação efetiva da informação. Da assimetria de informação entre os agentes decorrem as principais falhas do mercado de saúde complementar: risco moral e

seleção adversa, por parte dos consumidores e provedores; e seleção de risco, por parte das operadoras.

- a) O risco moral: existe nas relações paciente-provedor e operadora-provedor. No primeiro caso, verifica-se a ausência de uma estrutura de incentivos que permita aos consumidores racionalizar a escolha e uso de provedores, determinando um excesso de utilização dos serviços médicos. A presença de um terceiro pagador na relação paciente-provedor constitui-se fator determinante na sobreutilização dos serviços de saúde, uma vez que grande parte dos indivíduos adquire o plano/seguro-saúde através de um terceiro agente, seja ele governo ou empregador. No segundo caso, isto é, na relação operadora-provedor, os provedores têm incentivos a determinar maior demanda por serviços de saúde, pois são reembolsados segundo o volume de procedimentos realizados. Tais incentivos estão associados à possibilidade de auferir rendimentos em decorrência do maior volume de encaminhamentos (exames, internações etc.) e às tentativas de minimizar a incerteza dos diagnósticos. Dessarte, o risco moral conduz a uma sobreutilização dos serviços de saúde, que é incorporada ao cálculo dos gastos esperados, determinando elevação do valor dos prêmios/mensalidades por parte das operadoras e, conseqüentemente, o aumento de gastos com saúde;
- b) Seleção adversa, entendida como a tendência do sistema de incorporar indivíduos de maior risco. No caso em que a operadora/seguradora aplique um único preço para todo o grupo e à medida que o valor da contraprestação pecuniária aumenta, aqueles indivíduos com menor probabilidade de necessitarem dos serviços de saúde (*baixo risco*) decidem não adquirir planos/seguros-saúde. Igualmente, aqueles indivíduos portadores de enfermidades graves (*alto risco*) terão interesse na aquisição do plano/seguro-saúde, onerando os demais participantes do plano/seguro. O resultado será um progressivo aumento de preços;
- c) Seleção de risco: as operadoras/seguradoras fazem uso com o intuito de proteger da combinação de baixos prêmios e alto potencial de custo. Criam-se barreiras à entrada dos segurados no sistema, tais como a não aceitação de

indivíduos com doenças pré-existentes ou a imposição de limites de cobertura. As operadoras/seguradoras tenderiam, portanto, a concentrar seus esforços de venda em indivíduos de baixo risco. A ineficiência toma a forma de aumento dos custos administrativos e de exclusão, além de estimativas de risco para clientes específicos.

O mesmo autor diz que o risco moral, a seleção adversa e a seleção de risco surgem da existência de uma assimetria de informação que, possibilitando uma falha de mercado, diminuem a eficiência e a quantidade de bem estar da sociedade, propiciando, nesse caso, uma utilização ineficiente dos recursos de saúde. A regulação destina-se, portanto, a corrigir tais falhas.

2.3 MERCADO PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL

O mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão de assistência médico-hospitalar que tem por objetivo atender a determinada demanda ou clientela restrita. A exigência básica é o pagamento pela utilização dos serviços que pode assumir diversas modalidades que podem assumir diferentes modalidades, desde as mais tradicionais (compra direta pelo usuário ao prestador de serviço) até as mais complexas, que envolvem intermediação de terceiros (contratos entre indivíduos/famílias/empresas com a medicina de grupo, cooperativas médicas, e autogestões de empresas empregadoras) (ALMEIDA, 1998).

Conforme Médice (1991), as principais fontes de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil são:

- a) Segmento privado contratado pelo setor público: são as clínicas e hospitais que vendem serviços para uma clientela indiferenciada;
- b) Segmento médico-assistencial das empresas que, por meio de diversas modalidades, atendem a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho;
- c) Segmento médico assistencial das famílias, cujas modalidades, atendem a indivíduos/famílias que voluntariamente compram serviços diretamente aos

prestadores ou estabelecem contratos por meio de planos e seguros de saúde; e

- d) Segmento beneficente filantrópico, voltado para clientela abertas e fechadas.

As modalidades acima descritas estruturam o sistema de saúde brasileiro, onde se constata a dependência do setor público em relação ao sistema privado de saúde, mais especificamente em exames complementares para diagnósticos e internações hospitalares.

As principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil são: medicina de grupo; cooperativa médica; seguradora e autogestão em saúde. O quadro a seguir, informa a quantidade de usuários que cada modalidade abrange no Brasil:

Tabela 01: Beneficiários por Modalidade da Operadora

MODALIDADE	BENEFICIÁRIO	%
Medicina de Grupo	13.391.461	39,37
Cooperativa Médica	10.862.444	31,94
Autogestão	5.322.931	15,65
Seguradora Especializada em saúde	4.433.931	13,04
TOTAL	34.010.305	100

FONTE: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS 06/05 e Cadastro de Operadoras – ANS/MS 29/08/2005

2.3.1 Medicina de grupo

Este modelo de assistência à saúde surgiu no Brasil e desenvolveu-se por volta dos anos 60, na região metropolitana de São Paulo (o ABC Paulista), basicamente para atender a classe trabalhadora e por exigência do desenvolvimento industrial, quando se instalou na região a indústria automobilística e, com ela, o setor de autopeças. Empresas originárias de nações onde as relações trabalhistas já haviam atingido estágios avançados procuravam repetir aqui a experiência adquirida, inovando ao praticar benefícios aos seus empregados, que iam além do salário:

alimentação, transporte, treinamento, cooperativas de consumo. Mas um benefício era prioritário: a assistência médico-hospitalar, o único extensivo às famílias dos trabalhadores. A precariedade dos serviços públicos na região, de um lado, e, de outro, a medicina liberal cara, e os subsídios oferecidos pelo Estado para o setor privado de saúde, levaram alguns médicos a se organizarem para atender à demanda crescente, provocada especialmente pelo grande crescimento industrial, criando uma opção intermediária e alternativa, oferecendo serviços de alto nível profissional e técnico, em sistema de pré-pagamento para o atendimento à saúde daquela população de trabalhadores (ABRANGE, 1991).

Segundo Almeida (1998), uma das principais características destas empresas médicas (ex. Amil, Intermédica, Interclínicas, Medial e Amico) é o custeio de suas atividades por meio de pré-pagamento, em que o cliente, empresa, paga um valor por cada beneficiário ou funcionário, valor este determinado conforme o grau de cobertura de eventos e/ou sofisticações do plano. Sendo um plano cujo financiamento é do tipo segurado, o pré-pagamento é efetuado periodicamente, independentemente do grau de utilização dos serviços pelos beneficiários. As empresas de medicina de grupo podem ter estrutura própria ou trabalhar conjuntamente e/ou exclusivamente com rede credenciada. Nos planos destinados a pessoas jurídicas, a característica é a adesão automática dos empregados, quando os custos são pagos integralmente pelo empregador e a assistência é estendida aos familiares.

As entidades que representam as empresas de medicina de grupo são a Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, criada em 1966; o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE, criado em 1987 e responsável pelas tratativas trabalhistas do sistema e o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo - CONAMGE, criado em 1990 (ABRANGE, 2003).

2.3.2 Cooperativa Médica

É a modalidade de assistência suplementar à saúde, em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços. Eles, como prestadores de serviço, recebem pagamentos na proporção dos atos médicos que realizam a título de adiantamento, por tipo e qualidade de atendimento. Como co-proprietários, por ocasião do encerramento de cada exercício, participam do rateio do resultado final (tanto positivo quanto negativo) obtido pelas cooperativas. No Brasil, a cooperativa médica é basicamente representada pelas Uniões Nacionais de Médicos (UNIMEDs) e operam com planos de pré-pagamento sendo que a maioria de seus beneficiários é proveniente de convênios-empresa (ALMEIDA, 1998).

De acordo com Barbosa (2001), o cooperativismo médico no Brasil surgiu em dezembro de 1967, na cidade de Santos (SP). Os médicos criaram a cooperativa de trabalho médico, então denominada União Nacional de Médicos (UNIMED) que tem como objetivo “a valorização profissional e humana com justa remuneração e com qualidade à população a ser assistida”. Segundo seus princípios básicos, todo atendimento deve ser realizado em instalações de cooperados ou credenciados, porém, mais recentemente, algumas cooperativas têm investido na aquisição, construção e arrendamento de hospitais.

A Confederação das UNIMEDs é a entidade de representação nacional da Cooperativa Médica, e que congrega as Federações estaduais. A Federação e a Confederação das UNIMEDs fazem parte de um sistema nacional, e são responsáveis pela normatização dos intercâmbios entre as diferentes Cooperativas Médicas. O que for definido por essas entidades, será respeitado por todas as singulares a nível nacional. Cada Federação une as Cooperativas de seus estados, conhecidas como singulares ou UNIMEDs de primeiro grau, que possuem autonomia administrativa, financeira, técnica (UNIMED DO BRASIL, 1992).

2.3.3 Seguro Saúde

O seguro-saúde é a modalidade em que há intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado, segundo condições estabelecidas em contrato. Os produtos das seguradoras são apólices, que se transformam em prêmios pagos aos beneficiários do sistema de acordo com o valor de ressarcimento estabelecido em contrato (ALMEIDA, 1998). Alguns exemplos de empresas dessa modalidade são: Sul América Atena, Bradesco Seguros, Porto Seguro, Golden Cross Seguros, e Marítima.

O seguro saúde foi instituído no Brasil pelo Decreto Lei nº. 73, de 21/11/66. Conforme definição legal é um seguro destinado a dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, cuja garantia consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela sociedade seguradora, à pessoa física ou jurídica prestatante da assistência médica ao segurado, segundo as condições estabelecidas em contrato. Atualmente está submetido à Lei 9.656/98, como as demais operadoras privadas. Quando as seguradoras começaram a operar no ramo de saúde no Brasil, só os planos de reembolso estavam legalmente autorizados a operar. Atualmente, sem um amparo legal claro, as seguradoras desfrutam de mais liberdade, valendo-se, cada vez mais das modalidades assistenciais de *referenciamento* e de *livre escolha* dirigida, como uma estratégia para aumentar a sua fatia de atuação no mercado, procurando abarcar uma população mais expressiva, de cargos intermediários nas empresas, abaixo das gerências e da cúpula empresarial (BARBOSA, 2001).

A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG), fundada em 1951, é a entidade que representa as empresas do setor de seguros (ABRANGE, 2003).

2.3.4 Planos Próprios da Empresa

São planos em que as empresas ou administram os programas de assistência médica aos seus funcionários (autogestão) ou contratam terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração). Os programas de autogestão foram os que mais cresceram nessa modalidade no final da década de 80. A autogestão combina a compra de serviços de saúde administrada pela própria empresa com outras modalidades, e algumas empresas acrescentam o auto-seguro para contornar a ampliação do limites para o uso da livre escolha e a cobertura adicional para aposentados (ALMEIDA, 1998).

2.4 AUTOGESTÃO EM SAÚDE

Segundo Rossi *apud* Berbel (2000), autogestão da saúde é definida como um sistema fechado de assistência à saúde sem fins lucrativos, não comercializável no mercado, destinada exclusivamente a uma população definida de beneficiários, vinculada a uma instituição pública ou privada que administra o sistema de saúde, direta ou indiretamente, por meio de recursos assistenciais próprios e/ou por ela credenciados, cujas características do modelo assistencial são específicas e definidas pela instituição gestora.

Conforme expresso em Unidas (2005 p.66):

O sistema de autogestão demonstra ser um dos modelos mais adequados e eficazes para as organizações preocupadas com a qualidade de vida dos seus colaboradores. A gestão da assistência à saúde dos funcionários de uma empresa, e de seus dependentes, se traduz em uma importante ferramenta de Gestão de Pessoas, pois permite a definição de programas de prevenção de doenças promoção da saúde voltados às características e necessidades da população assistida, servindo também de instrumento de motivação e melhoria do clima organizacional. Com um sistema bem administrado, a organização pode contabilizar, com sucesso, as ações nessa área para sua imagem institucional.

Com a recente regulamentação sobre o mercado privado de assistência à saúde, o CONSU, instituído pela Lei 9.656/98, na sua resolução nº. 05 de 04/11/98, assim definiu a modalidade de autogestão em saúde:

Art. 1º - Para fins de aplicação das disposições contidas na Lei nº 9.656/98 são caracterizados como sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão aqueles destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Parágrafo único: O grupo familiar a que se refere o caput deste artigo está limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e afim (BRASIL, 1998).

Segundo Bahia *apud* Gama (2003), quando a empresa empregadora assume o compromete-se com *risco da disponibilização da assistência médica* e com as responsabilidades financeiras assumidas com os prestadores de serviços médicos e hospitalares pode haver três tipologias no que diz respeito à natureza jurídico-institucional:

- a) Entidade jurídica paralela: é uma forma de organização dos trabalhadores que objetiva a manutenção e a criação de proteção social diferenciada, o que inclui benefícios previdenciários e assistência médica, os quais são utilizados de forma complementar ao sistema público. O financiamento desses benefícios é feito mediante contribuição da empresa empregadora (que arca com a maior parte do financiamento) e dos funcionários. Quanto à operacionalização do benefício, as entidades paralelas funcionam como uma operadora do mercado, atendendo a seus participantes mediante a compra de serviços médicos, hospitalares e laboratórios. A delimitação da massa de participantes e a ausência de lucro de capital são aspectos da diferenciação entre essas instituições e as outras operadoras de saúde que atuam no mercado. Essas entidades possuem um estatuto que regulamenta sua relação com a empresa patrocinadora, definindo desde a forma de patrocínio do benefício, a eletividade dos participantes, até o modo de tomada de decisões;
- b) Departamento de benefícios: este ocorre quando a empresa empregadora gera o benefício da assistência médica num órgão interno, não chegando,

assim, a constituir uma entidade jurídica distinta. Geralmente o benefício é negociado em acordo de trabalho com os empregados da empresa. Qualquer desequilíbrio financeiro do plano de assistência médico hospitalar recai diretamente sobre a empresa empregadora;

- c) *Custo operacional: a empresa empregadora contrata uma administradora que compra os serviços médicos e hospitalares no mercado. A administradora não possui serviços próprios, mas faz a intermediação. Ao final de cada mês, a administradora apresenta a despesa feita pelos participantes da carteira e acrescenta uma taxa de administração, que pode ser cobrada de forma variável, como percentual da despesa, ou de forma fixa, por um valor per capita estabelecido previamente. A administradora não assume nenhum risco pela variação do custo, uma vez que recebe o total da despesa realizada com a carteira da empresa e os repassa aos prestadores de serviço.*

O mesmo autor ainda afirma que o fato de a empresa assumir os riscos pela variação dos custos da assistência médico-hospitalar é suficiente para caracterizá-la como autogestão, o que implicaria assumir as formas de custo operacional como parte desta modalidade.

Conforme Ciefas (2000), as políticas de saúde das empresas sempre foram determinadas pelo porte, características da mão-de-obra empregada, organização sindical, localização geográfica, entre outros fatores. Há empresas e setores que conseguem um conjunto maior de benefícios para os seus funcionários.

Há vários fatores que levam uma empresa a oferecer o próprio plano de saúde entre eles:

[...] dar mais segurança ao empregado; assegurar a competitividade da empresa no mercado; atrair e manter mão-de-obra qualificada e produtiva; atender reivindicação sindical, diminuindo o clima de conflito entre patrões e empregados; demonstrar responsabilidade social da empresa; compensar as deficiências do sistema público de saúde; manter um quadro de empregados saudáveis para reduzir o absenteísmo e melhorar o desempenho; fornecer salário indireto; por motivos de saúde pública e higiene de trabalho; por exigências dos dissídios coletivos (CIEFAS, 2000, p.17).

A flexibilidade do gerenciamento dos recursos é uma das principais vantagens da autogestão, possibilitando uma melhor relação de custo/qualidade dos serviços

contratados e o adequado controle dos gastos. Trata-se de um sistema que prioriza os beneficiários em todas as suas decisões, com atenção integral, preventiva, o que contribui de forma decisiva para o bom atendimento ao usuário e a significativa redução de custos. A implementação de uma autogestora em saúde na organização deve ser precedida de estudos que permitam melhor definir as suas características, o modelo de participação e os sistemas de controle das ações implementadas, entre outros aspectos (UNIDAS, 2005).

A assistência à saúde nos planos de autogestão pode ser prestada por meio de rede credenciada, onde profissionais e instituições de saúde atendem mediante contrato de prestação de serviços e tabelas previamente acordadas; por serviços próprios, onde a empresa mantém estrutura própria de atendimento à saúde; por livre escolha, quando o beneficiário utiliza prestadores de serviço e instituições de saúde disponíveis no mercado, com posterior reembolso pelo plano, de acordo com valores das tabelas praticadas; ou ainda, todas estas formas combinadas. A mais utilizada é o credenciamento, seguido da opção livre escolha mais credenciamento (UNIDAS, 2005).

A implantação e o gerenciamento de um plano de saúde de autogestão podem ser feito dentro da própria estrutura organizacional, e assim é chamada de autogestão patrocinada, e geralmente está vinculada à área de Recursos Humanos. Também pode ser administrada por uma sociedade civil de direito privado. Sem fins lucrativos, criada para este fim, ou por entidade já existente, até mesmo com outros objetivos estatutários, ligada à organização patrocinadora ou aos seus empregados. As entidades de classe independentes ou cooperativas de usuários terão, como mantenedores do plano, os próprios associados ou cooperados que a ele aderirem, essa é a modalidade de autogestão co-patrocinada (UNIDAS, 2005, p.56).

A autogestão vem demonstrando, ao longo da sua existência, resultados excelentes na administração da saúde com qualidade de assistência, amplitude de cobertura médico-hospitalar e custos viáveis, uma vez que a empresa e seus empregados elaboram um plano de saúde próprio e sob medida, estabelecendo em conjunto o formato do plano, definindo abrangência da cobertura, os limites de utilização, os períodos de carência, a participação financeira que cabe a cada uma das partes, enfim, a forma mais adequada de cuidar da saúde na empresa (BARBOSA, 2001).

Em comparação com planos de abrangência e qualidade equivalentes em outros segmentos, a autogestão se destaca pela melhor relação custo/benefício, pois sua cobertura e abrangência obedecem ao que a empresa patrocinadora deseja, e não aos padrões fixos que um plano comercial oferece, visando fins lucrativos e com investimentos em marketing para angariar novos associados (CIEFAS, 2005).

Dentre as muitas vantagens oferecidas pelo sistema, Berbel (2001) reforça as principais:

- a) Sem finalidade lucrativa: o que seria lucro é revertido em maiores benefícios para os usuários;
- b) Singularidade: o plano de saúde é concebido de acordo com as características e necessidades da organização;
- c) Qualidade: permite interferência direta na administração do plano, dispensando intermediações e, burocracia excessiva, seja na escolha dos credenciados ou na prestação e utilização de serviços, preservando a qualidade da assistência;
- d) Flexibilidade: permite a correção de problemas e criação de novas alternativas, com agilidade, quando necessário;
- e) Efetividade: só são pagos os serviços realmente efetuados pelos profissionais e instituições de saúde, pois cada funcionário ajuda a controlar e fiscalizar a cobrança dos serviços efetuados, dificultando fraudes e superfaturamento;
- f) Expansibilidade: permite agregar outros tratamentos, tais como odontológicos, psicológicos e fonoaudiológicos, bem como oferecer auxílios para medicamentos, órteses, próteses, aparelhos e objetos com finalidade médica, entre outros;
- g) Articularidade: possibilita o desenvolvimento de programas de prevenção à saúde, de promoção, orientação e de incentivo à qualidade de vida;
- h) Economicidade: custos finais inferiores aos planos de saúde equivalentes em outras modalidades do mercado, com uma abrangência maior de cobertura;
- i) Interatividade: facilita ações conjuntas com o plano de saúde ocupacional das organizações patrocinadoras;

- j) Moderabilidade: faculta o estabelecimento de moderadores de utilização e reguladores de custos; e
- k) Melhoria da imagem institucional interna e externamente: a organização é vista como promotora do bem-estar físico e social dos seus funcionários e dependentes.

Conforme Unidas (2005), as vantagens observadas na autogestão são resumidas em: eliminação de intermediários entre o beneficiário e o prestador de serviços de saúde; o pagamento dos serviços médicos e hospitalares efetivamente utilizados; maior ou plena cobertura das patologias e respectivos tratamentos; possibilidade de implantação de programas de prevenção da doença e promoção da saúde e da medicina ocupacional.

Berbel (2001), identifica, também, algumas dificuldades para a modalidade de autogestão em saúde:

- a) Rede Credenciada: a dificuldade em oferecer e manter uma rede credenciada que abranja a todos os municípios onde as empresas mantêm empregados. Os motivos que levam os profissionais da saúde a não aceitarem credenciamento com as autogestões seriam: a possibilidade de cobrar valores maiores nos atendimentos particulares; o número reduzido de médicos na localidade, que sobrecarrega sua agenda e lhes permite um bom rendimento sem precisar dos convênios; a “unimilitância” ainda hoje muito presente na cultura médica, ou seja, atendimento exclusivo às UNIMEDs, uma vez que os médicos são cooperados, ou seja, são donos da cooperativa e os demais convênios representam, de certa forma, concorrência ao seu mercado, que consideram exclusivo;
- b) Dificuldades financeiras: um grande número de operadoras está com as suas contribuições “congeladas” há praticamente oito anos; ou seja, os empregados estão sem aumento salarial no período, ou tiveram reajustes salariais menores que os índices da inflação, ou do FIP Saúde, o que, conseqüentemente, diminui a receita dos planos, uma vez que a contribuição é calculada, na maioria das vezes, por um percentual do salário;

- c) Aumento dos Custos da Saúde: observa-se um aumento acima da inflação e dos índices da saúde nas cobranças das faturas médicas. A cada mês são lançadas novas tecnologias, materiais especiais, órteses, próteses, na grande maioria dos casos, importados, com preços em dólar. Também novos procedimentos e técnicas médicas são lançados constantemente no mercado com grande marketing e divulgação nos diversos meios de comunicação: TV, jornais, revistas, folders elaborados pela categoria médica ou pelos laboratórios e produtores dos medicamentos e materiais. Os medicamentos com custo também muito elevado, bem como o número excessivo de exames solicitados pelos profissionais médicos, oneram sobremaneira os planos de saúde;
- d) Regulação: a autogestão oferece um amplo leque de atendimentos e benefícios aos seus assistidos, bem como a opção de livre escolha (atendimentos fora da rede credenciada) de longa data, muitas vezes, sem qualquer participação compulsória do beneficiário. Essa liberdade de escolha e cultura de que o beneficiário pode “usar e abusar” do convênio contribui para a elevação das despesas e para o agravamento da situação financeira das operadoras; e
- e) Valores pagos pelos atendimentos médicos: as tabelas de remuneração dos procedimentos médicos, bem como dos serviços hospitalares, estão com valores considerados pelas Instituições e pelos profissionais como insuficientes ou abaixo do que consideram um preço justo, o que leva alguns profissionais a solicitarem descredenciamento.

Percebe-se que a autogestão destaca-se dos demais modelos de assistência privada à saúde pelo compromisso social de garantir a melhor qualidade de vida aos seus assistidos, pela ausência de fins lucrativos, representando para o setor uma melhor relação “custo x benefício” e pela maior abrangência e qualidade no atendimento dispensado aos seus beneficiários.

Boa parte das autogestões oferece coberturas específicas, muitas não regulamentadas, como atendimento de psicoterapia e assistência farmacêutica; cobertura para transplantes superiores aos obrigatórios (rins e córneas) pela

legislação. O mapeamento e gerenciamento de risco têm o objetivo de orientar os usuários quanto à importância do auto-cuidado na preservação da saúde e de gerenciar, de forma pró-ativa, os possíveis riscos decorrentes de patologias como diabetes, hipertensão, doenças ocupacionais entre outras. No gerenciamento de doenças crônicas o processo é centralizado no paciente, objetivando um atendimento de qualidade com melhor relação custo/benefício.

2.4.1 Assistência à Saúde nas Empresas

No convênio INAMPS/empresa, vigentes no período 1974 a 1979, os trabalhadores das empresas ou sindicatos conveniados e seus dependentes passaram a ser atendidos por profissionais de organizações prestadoras de serviços médico-especializadas, as chamadas medicina de grupo, e também pelas cooperativas médicas. Com subsídios da Previdência a instituição conveniada pagava para a prestadora de serviços um valor pré-fixado e per capita, independentemente dos procedimentos que viessem a ser executados. Essa prática teve uma rápida expansão, porém foi interrompida em 1979, pois se mostrou nociva às finanças da Previdência, uma vez que, com o passar do tempo, os tratamentos mais complexos, caros e *prolongados acabaram sendo assumidos pela Previdência Oficial - o INAMPS*, caracterizando dessa forma a utilização das instituições e recursos públicos pelo setor privado, que já se beneficiavam com os incentivos provindos do convênio INAMPS/empresa (CIEFAS, 2000).

Após a retirada estratégica do financiamento governamental, diversas empresas passaram a oferecer por conta própria assistência médica a seus empregados, principalmente ambulatorial. Sem serviços próprios estruturados, algumas contrataram serviços de empresas médicas. Outras *ousaram e investiram* em estrutura própria. Foi o início ou o fortalecimento da hoje denominada autogestão em saúde nas empresas. A busca de uma alternativa à precária assistência médica oferecida pelo então INAMPS levou ao crescimento da medicina de grupo, das

cooperativas médicas, dos seguros-saúde e, principalmente, dos serviços próprios das empresas (autogestões), segundo Unidas (2005).

Os planos de Autogestão de Saúde surgiram nas grandes empresas nas décadas de 60 e 70 devido à possibilidade de, exercendo um controle com a participação do funcionário, haver melhoria na qualidade do atendimento e redução das despesas com assistência médica. Essa sistemática de benefício tanto pode ser administrada pela área de Recursos Humanos da empresa patrocinadora como de forma terceirizada, mediante a contratação de uma parceria especializada. Como hipótese básica é proposto um modelo de gestão com o objetivo controlar e gerar informações gerenciais. Esse modelo é destinado à utilização por parte das empresas que praticam diretamente a administração de seus programas de saúde, ou por empresas especializadas em administração de programas de autogestão de saúde (BERBEL, 2000).

Uma empresa que oferece assistência à saúde para seus empregados diferencia-se da concorrência. Tão ou mais importante que o auxílio-refeição e mais barato, esse é o benefício mais valorizado pelos empregados em função da insegurança gerada pelas precárias condições da assistência na saúde pública. O sistema deve se adaptar aos objetivos da empresa, por isso é importante que o administrador escolha o sistema de menor custo; que seja mais fácil de controlar e prever; gere maior satisfação e segurança aos empregados; e possa ser definido o orçamento para a saúde. A motivação para implementar serviços próprios de saúde fundamenta-se principalmente no fato das empresas não aceitarem: a morosidade e a precariedade dos serviços públicos de saúde; as restrições e as limitações da assistência impostas pelas medicinas de grupo e seguro-saúde; os custos pré-fixados da medicina de grupo e seguro-saúde geralmente elevados (BERBEL, 2000, p.18).

Diversos outros tiveram participação direta no surgimento e expansão das empresas de assistência médica suplementar no Brasil, entre elas: as sucessivas reformas na área da saúde das três últimas décadas do século 20, quando o Estado primeiro desencadeou e estimulou, por meio de políticas explícitas, as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora, e, posteriormente, não exerceu funções de controle e regulação; a flutuação no volume de recursos do Estado destinados ao setor saúde; a perda de poder aquisitivo da classe média a partir da década de 80, que se viu obrigada a abrir mão da assistência à saúde na rede

médica privada particular e buscar planos de saúde com valores mais acessíveis; a legislação que criou os sistemas fechados e abertos de previdência complementar, vinculados à política de recursos humanos das empresas; o subsídio tanto para pessoas físicas com a isenção do imposto de renda das despesas efetuadas com saúde; quanto para pessoas jurídicas com a possibilidade de transformação dos gastos com saúde dos empregados em custos operacionais da empresa, possibilitando o repasse das despesas para o preço dos produtos (UNIDAS, 2000).

Nas décadas de 60 e 70 era concedida como assistência complementar aos empregados e tinha como objetivo: produtividade; complementar a saúde pública; e reduzir o absenteísmo. Na década de 80 e início da de 90, considerada um benefício de forte apelo para a manutenção do quadro com pessoal qualificado, assegurando a competitividade e passando a ter a seguinte importância: substituir o sistema público de saúde; mecanismos de atração/retenção de mão-de-obra mais especializada; item constante em pauta de negociações trabalhistas; e percebida como remuneração indireta. Nos dias atuais passou a ser considerado um item estratégico de sobrevivência das empresas, por preservar a capacidade física e mental dos seus colaboradores para que atuem com eficácia nos demais recursos disponíveis, garantindo diferencial de mercado e consolidando-se como: item chave do programa de qualidade de vida; benefício mais apreciado pelos empregados; suporte à saúde ocupacional; e vem exigindo crescente profissionalização (BERBEL, 2000).

As empresas, por seu lado, oferecendo assistência à saúde dos seus empregados, além de oferecer segurança aos mesmos, asseguram sua competitividade no mercado, atraindo e mantendo mão-de-obra qualificada e produtiva, melhorando o clima organizacional, demonstrando responsabilidade social, dentre outros benefícios. Por outro lado, para os trabalhadores assalariados, a idéia de saúde passou a representar cada vez mais a capacidade de poder trabalhar e com isso assegurar o atendimento de suas necessidades básicas e as de sua família, conforme Ciefas (2000).

É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário, que, com a unificação dos institutos previdenciários, expandiu a população previdenciária (e de beneficiários), mas desintegrou

os esquemas associativos que lhe davam voz, impondo à política social uma racionalidade privatizante, que, embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos. Iniciam-se aí as modificações no mix público/privado no setor saúde, que alavancaram a expansão do mercado de serviços de assistência médica, por meio basicamente de duas estratégias convergentes: a compra de serviços pelo Estado e a transferência de função provedora para a iniciativa privada (ALMEIDA, 1998, p.11).

Neste contexto, onde a empresa busca sua competitividade e sobrevivência no mercado, que por sua vez depende da capacidade física e emocional dos seus recursos humanos, um grande diferencial que hoje se apresenta às empresas é a assistência à saúde. Resta às organizações a escolha do sistema, de gestão à saúde, mais adequado, em que, seja possível oferecer aos seus empregados e dependentes serviços com maior abrangência, melhor qualidade e menores custos para a empresa (ALMEIDA, 1998).

A autogestão hoje abrange um total de 325 operadoras em todo o país, correspondendo ao atendimento de 5.329.912 beneficiários, segundo Unidas (2005).

TABELA 02: Distribuição das Autogestoras por região do país.

Região	Nº de Autogestoras	%
Sudeste	180	55,38%
Sul	58	17,85%
Centro-oeste	42	12,92%
Nordeste	35	10,77%
Norte	10	3,08%
Total	325	100,00%

FONTE: Cadastro de Operadoras Ativas - ANS/MS - 02/2005.

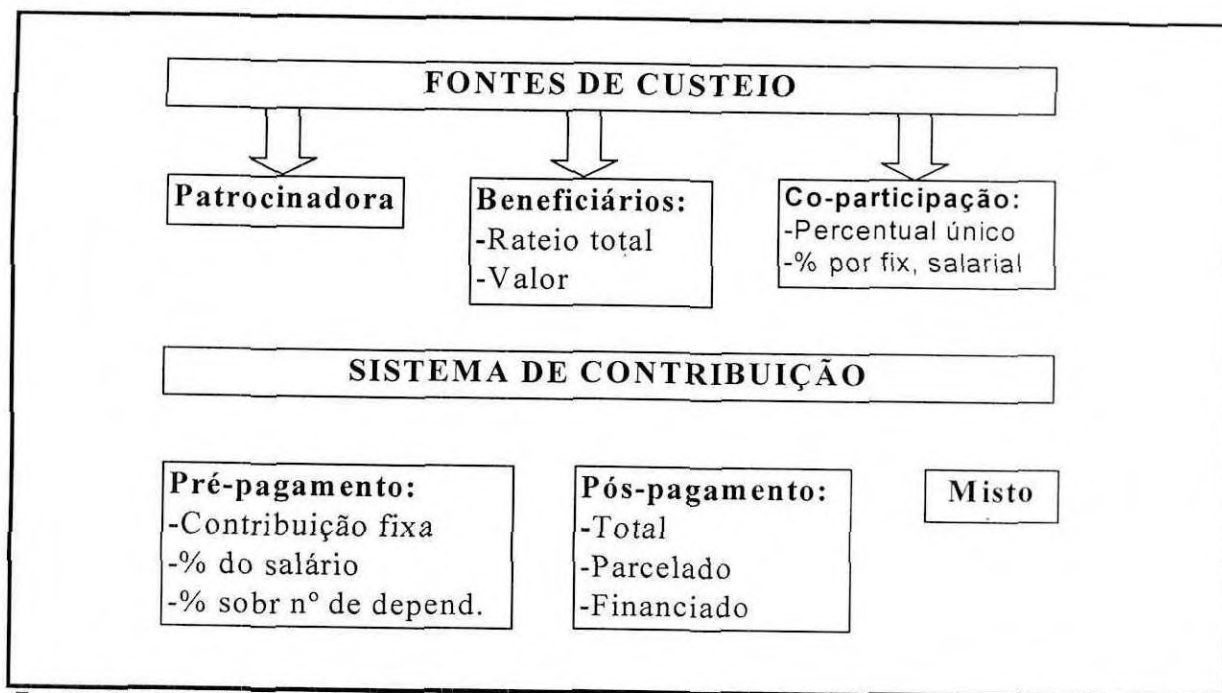
2.4.2 Financiamento e Preço

Algumas empresas optam por financiar integralmente um plano considerado básico para seus funcionários, mas concedem à possibilidade de os próprios funcionários complementarem financeiramente o plano, para ter acesso a diferenciações em relação à rede hospitalar, à acomodação e ao direito a reembolso de despesas (GAMA, 2003).

Segundo Unidas (2005), a contribuição da empresa varia de acordo com a amplitude de cobertura assistencial que deseja proporcionar aos seus funcionários e dependentes, e a contribuição do empregado é definida segundo taxação progressiva sobre seus salários, na maioria dos casos descontada em folha de pagamento. Algumas organizações financiam integralmente planos básicos para seus empregados. Outras rateiam seus custos entre os participantes do plano. Mas na maioria dos casos existe também a participação do empregado, ou seja, a conta da assistência, ou o custeio do plano, é dividido entre a organização mantenedora e os beneficiários (processo de co-participação nos custos). As formas de co-participação podem se dar, por exemplo, com base em um percentual do salário, ou em um valor pré-fixado, ou por um percentual sobre utilização do beneficiário, existindo um valor limite para a parte arcada pelo funcionário, baseada nos valores percebidos por sua força de trabalho.

A contribuição financeira dos empregados para os planos e seguro de assistência médica hospitalar tem se tornado cada vez mais freqüente, em oposição aos planos totalmente financiados pelas empresas. É possível que essa tendência seja decorrente do aumento dos custos no setor de saúde e das formas de gestão desse benefício que. Ao incorporar a participação financeira do funcionário, também procura conscientiza-lo do custo dessa assistência (GAMA, 2003).

QUADRO 01: Fontes de custeio



Fonte: Gama, 2003, p.43

Baseado em Miranda (2003), o gerenciamento de custos assistência à saúde deve considerar, de forma concomitante, os principais atores que atuam no sistema a partir de suas crenças e interesses: as Operadoras de Saúde, os Contratantes dos Serviços de Saúde (Pessoas Jurídicas), as Pessoas Associadas aos Serviços de Saúde e os Prestadores e Profissionais de Serviços de Saúde:

- a) As Operadoras de Saúde: acreditam que os prestadores de serviços e os profissionais de saúde sobrecarregam de forma desnecessária as despesas do sistema e por isso, criam estratégias para evitar a realização ou o pagamento daquilo que consideram desnecessário; acreditam que os contratantes dos serviços e as pessoas associadas ao sistema são movidos pela conveniência do uso e por isso, criam formas para evitar a adesão ao sistema apenas em momentos de necessidade; acreditam participar de um sistema no qual são obrigadas a trabalhar com valores de contribuição cada vez menores e com despesas de serviços cada vez maiores (inclusive por

estarem sujeitos às imposições governamentais), o que prejudica os seus resultados ao ponto da inviabilidade Econômica;

- b) Contratantes dos Serviços de Saúde (Pessoas Jurídicas): acreditam ser necessário, conforme políticas próprias de benefícios, ou são obrigados, por acordos trabalhistas, a possibilitar o acesso dos seus funcionários (e normalmente dos dependentes diretos desses funcionários) ao sistema de assistência a saúde; como se trata de um benefício que se converte em despesa para as corporações, os contratantes querem pagar o mínimo possível e, principalmente, não ter nenhum tipo de problema que prejudique a operação do seu próprio negócio; normalmente os contratantes se importam mais com os custos do que com a qualidade dos serviços, ou fazendo justiça, tentam comprar o máximo de qualidade com os poucos recursos de que dispõem para manter o benefício;
- c) Pessoas Associadas aos Serviços de Saúde: acreditam que as operadoras de saúde fazem o possível para impedi-las realizar tudo o que precisam e têm direito; acreditam que os prestadores de serviços e os profissionais de saúde detêm todo o conhecimento necessário para garantir a prevenção, manutenção e recuperação da sua saúde, apesar de desconfiarem da excessiva comercialização do setor; acreditam estar em um sistema no qual pagam um valor mensal – que quase sempre consideram excessivamente caro e sujeito a reajustes abusivos - para utilizar os serviços de saúde, quando quiserem e bem entender, sem consciência do caráter coletivo da sua contribuição (querem “fazer valer” o seu dinheiro);
- d) Prestadores e Profissionais de Serviços de Saúde: acreditam que o valor da remuneração dos seus serviços está muito aquém do que seria justo e que as operadoras de saúde são beneficiadas com essa situação; acreditam que as operadoras de saúde querem “ganhar sempre” e por isso criam formas de cobrar tudo, “o que podem e o que não podem”, com a “justa” alegação de que precisam “sobreviver”. As relações conflituosas e/ou distorcidas que permeiam o sistema e a demonstração da extensão desse comprometimento, estão contempladas nos seguintes itens: no sistema de saúde os prestadores

de serviços baseiam sua viabilidade econômica na geração de despesas para o sistema, que resulta em um clima de adversidade entre operadoras e beneficiários; existe falta de sensibilidade coletiva dos beneficiários para o uso adequado dos limitados recursos disponíveis, gerando desperdícios, fraudes e elevando os custos do sistema. Nesse sentido, os beneficiários teriam pouca sensibilidade em relação aos custos dos benefícios disponíveis; e existe uma inflação tecnológica, fora de controle, para o diagnóstico e tratamento de doenças.

O mesmo autor ainda afirma que essa inflação tecnológica seria agravada por circunstâncias resultantes do aumento da longevidade, dos riscos legais (aumento do número de processo contra prestadores de serviços), aumentando os custos de maneira desproporcional aos benefícios gerados. Não obstante, a utilização dos sistemas de saúde se acentua na medida em que as características da vida moderna (competição, stress, sedentarismo, violência, insegurança, hábitos alimentares nocivos, etc.) funcionam como geradoras de demanda; inexistem sistemas de informação e/ou indicadores capazes de gerir os relacionamentos entre operadoras, beneficiários e prestadores de serviços e que permita escolhas adequadas à sustentação e viabilidade do sistema de saúde; a preocupação central na gestão dos sistemas de saúde está na redução de custos e inexistente incentivo para melhora do desempenho do sistema, harmonizando qualidade e custos justos. Nesse sentido, a "concorrência" seria baseada no "que é observado": o agradável ambiente físico das instalações, os equipamentos de alta tecnologia, o amplo aparato de serviços e até mesmo nos preços elevados.

Diante do abordado, apesar de o custo *per capita* ser elevado nas autogestões, inclusive por oferecer maior cobertura assistencial, o preço do plano para o beneficiário é bem mais barato do que o ofertado no mercado pelas demais instituições de planos de saúde (cooperativas médicas, seguradoras).

Nos planos de autogestão, a assistência à saúde pode ser prestada por meio de rede credenciada de profissionais e instituições de saúde que atendem mediante tabela de preços definida previamente ou mediante estrutura própria de atendimento à saúde mantida pela organização. Uma terceira forma é o mecanismo de livre

escolha, quando o beneficiário utiliza serviços de profissionais ou instituições de saúde disponíveis no mercado, com o posterior reembolso dos gastos pelo plano, conforme uma tabela existente. Há autogestoras que operam com essas três formas combinadas (UNIDAS, 2005).

2.4.3 Entidades que Regulamentam o Setor da Autogestão

A Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (Abraspe) foi criada em 1980 com a denominação de ASASPE (Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresa), dando início há mais de 20 anos, ao processo de aglutinação de empresas com serviços próprios de assistência à saúde. A maioria das entidades associadas à Abraspe tinha predomínio de atuação no estado de São Paulo, seu objetivo era integrar e incentivar a organização de entidades regionais em todo país. A Abraspe teve fundamental importância na discussão do aprimoramento e troca de experiências administrativas entre as autogestões associadas (BERBEL, 2001).

No congresso, foi proposta e aprovada a criação de uma associação que congregasse as empresas públicas e privadas, com o objetivo de conscientizar as entidades de classe dos credenciados e os organismos governamentais ligados à área de saúde sobre a validade da autogestão e o reconhecimento pela excelência dos serviços prestados. A criação da associação permitiria às autogestoras um relacionamento permanente, com mecanismos que facilitassem a troca de informações e experiências, além de ter a função de orientar as associadas. Congregadas em uma instituição teriam mais força na defesa dos interesses da autogestão e mais representatividade junto aos órgãos governamentais e às entidades de classe de prestadores e serviços como médicos, hospitais, laboratórios, entre outros (UNIDAS, 2005).

Ainda segundo Unidas (2005), a Abraspe apresentou ações de educação, promoção da saúde e na prevenção das doenças, por meio de instrumentos de apoio

às empresas. Estabeleceu parcerias com importantes instituições universitárias para a execução de estudos e projetos para o segmento da autogestão.

O Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas) teve sua fundação lavrada em ata no dia 13 de junho de 1990, em Brasília (DF) e seu Estatuto aprovado em 25 e 26 de junho de 1992. Com sede nacional em São Paulo, e presente em cada Estado através das suas superintendências estaduais, congregava por ocasião da incorporação da Abraspe com 110 organizações filiadas, entre públicas e privadas, com programa de saúde na modalidade de autogestão. Buscou sempre defender os interesses de suas associadas perante as entidades de classe, prestadores de serviço e poderes públicos, possibilitando o aperfeiçoamento do sistema de autogestão e o constante repensar da política de saúde suplementar (BERBEL, 2001).

Antes da consolidação do Ciefas, algumas empresas promoviam encontros e discutiam as necessidades do setor, as dificuldades em credenciar médicos em localidades onde certas associações médicas tentavam monopolizar o mercado e o desejo pela uniformização dos procedimentos, *sem que a qualidade do atendimento fosse sacrificada*. O Ciefas foi criado com a missão de promover negociações com prestadores de serviços hospitalares, classe médica e laboratórios na defesa dos interesses de suas filiadas (CIEFAS, 2000).

O Ciefas passou a influenciar a operacionalização dos procedimentos médicos e de seus custos, o comitê expandiu-se, incorporando as funções de orientador jurídico e apoiador administrativo-técnico-operacional das suas filiadas, bem como a de articulador político-institucional, junto às autoridades e órgãos governamentais.

Em novembro de 2002, durante a realização do IV Congresso Internacional de Gestão em Saúde, oficializou-se a união das duas maiores entidades que representam a autogestão no Brasil, Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas) e a Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (Abraspe), marco que representou o fortalecimento político e estratégico do setor no país. Nasce, assim, a Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde), segundo Berbel (2001).

Como missão da nova instituição, definiu-se: promover o fortalecimento do segmento de autogestão em todo o território nacional, fomentando a excelência em gestão de saúde e a democratização do acesso a uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do país. Os valores que pautam a atuação da Unidas são: a ética, a Unidade, o profissionalismo, a responsabilidade social e a efetividade (UNIDAS, 2005).

A Unidas (2005) apresenta como objetivos:

- a) Aprimoramento da autogestão, enfatizando ações preventivas;
- b) Expandir, fortalecer, aperfeiçoar e disseminar entre as entidades filiadas os programas de saúde;
- c) Defender os interesses das filiadas;
- d) Buscar relações justas com os prestadores de serviço de saúde;
- e) Buscar principalmente, em relação às regulamentações do setor; parcerias com o Governo e entidades ligadas à saúde;
- f) Coletar, organizar e divulgar informações que interessem às entidades filiadas;
- g) Disseminar informações, através de assessoria técnica e operacional, entre as entidades ligadas a Unidas;
- h) Realizar estudos, análises, pesquisas, cursos, congressos, simpósios e outros eventos que possam divulgar e esclarecer, cada vez mais, a autogestão em saúde; e
- i) Objetivar o melhor gerenciamento dos custos dos programas de assistência à saúde das filiadas.

Ainda conforme Unidas (2005), o suporte para a plena atuação das organizações filiadas está entre os objetivos fundamentais da Unidas. A relação com as autogestoras ocorre por meio da coleta, organização e da divulgação de informações que interesse às entidades filiadas; realização de estudos, análises e pesquisas; contribuição para o bom gerenciamento dos custos dos programas próprios de assistência à saúde das filiadas; e estimular o contato entre as filiadas, mediante assessoria técnica e operacional. A realização de congressos, fóruns, cursos de capacitação e outros eventos voltados ao fortalecimento do sistema de

autogestão em saúde, tem sido uma preocupação permanente, visando o aperfeiçoamento dos envolvidos na administração das autogestoras.

Em todo o Brasil, são 325 as autogestoras filiadas ao Unidas, representando assim uma cobertura de mais de 5,026 milhões de beneficiários, entre titulares e aposentados; seus dependentes; e os seus usuários que estão na categoria de agregados (UNIDAS, 2005).

3 METODOLOGIA

De acordo com Chizzotti (2001), a pesquisa é fonte de sabedoria, pois é utilizada em todos os campos da ciência tanto para aprofundar como para trazer a tona elementos ou fatos até então não conhecidos. A pesquisa é utilizada para a descoberta ou aquisição sistemática de novo conhecimento. É através da pesquisa que se tenta saber e explicar os fenômenos que ocorrem no universo percebido pelo homem. Desse modo, “a pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem” (CHIZZOTTI, 2001, p. 11).

A pesquisa tem como finalidade encontrar respostas para temas, através do emprego de métodos científicos. Mesmo que estes métodos não venham a oferecer respostas exatas, são os únicos meios que podem apresentar resultados aceitáveis. O trabalho de pesquisa requer imaginação criadora, iniciativa, persistência, originalidade e dedicação do pesquisador. Portanto, a intenção da pesquisa não é a sua acumulação de dados, mas a sua total compreensão (LAKATOS e MARCONI, 1990).

Para se realizar um estudo, devem-se estabelecer critérios para a captação de dados de forma a garantir que os mesmos sejam o mais precisos dentro do possível. Isso permitirá uma análise capaz de satisfazer plenamente os objetivos definidos para este trabalho.

Sendo assim, a etapa de determinação da metodologia a ser aplicada na pesquisa torna-se altamente relevante para o sucesso da mesma.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Há várias classificações para os tipos de pesquisa, cabendo ao responsável pela pesquisa determinar a classificação condizente para o a mesma. Mattar (1994) considera, em um primeiro momento, objetivo e grau em que o problema de pesquisa está cristalizado e, a seguir, a natureza do relacionamento entre as variáveis estudadas.

Seguindo as características apresentadas por Mattar (1994), esta pesquisa pode ser considerada como inicialmente *exploratória*, pois visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema de pesquisa, permite familiaridade, conhecimento e compreensão do fenômeno, é exploratória no momento em que foram feitos os levantamentos bibliográficos sobre o tema. Pode-se classificá-la posteriormente como *descritiva*, uma vez que expõe características de determinado fenômeno e suas correlações, pois buscou detalhar os processos da área em estudo, apresentando suas características, caracterizando assim o momento em que os dados da utilização da assistência à saúde foram confrontados com os do UNIDAS e é identificado o comportamento da autogestão dos Correios.

Quanto aos meios, este estudo é classificado, de acordo com Vergara (1997, p. 47) como *pesquisa de campo*, pois a pesquisa ocorre no local em que o fenômeno ocorre, ou seja, no próprio ambiente de trabalho, na Seção de Contas Médicas da ECT, em que ocorrem os processos de assistência à saúde e o conhecimento é adquirido sem que o pesquisador possa interferir no objeto de estudo; *pesquisa bibliográfica*, onde foram utilizados como fontes materiais especializados e publicados, como livros e revistas; *pesquisa ex post facto*, pois se refere a um fato já ocorrido e a investigadora não pode controlar as variáveis; e *estudo de caso*, porque se coletam dados referentes ao tema de pesquisa e os mesmos são analisados e detalhados através de tabelas, bem como estudados seus resultados.

3.2 AMOSTRAGEM

Ao realizar uma pesquisa, é necessário definir a população a ser estudada. A população é "(...) um conjunto de elementos (empresas, produtos, pessoas, por exemplo), que possuem as características que serão objetos de estudo" (VERGARA, 1997, p.48).

No caso desta pesquisa, a mesma foi realizada no banco de dados do sistema de saúde da Diretoria Regional de Santa Catarina. Este banco de dados refere-se à

utilização do sistema de saúde por parte de todos os 3.966 funcionários da empresa no estado de Santa Catarina e seus respectivos beneficiários.

3.3 COLETA DE DADOS

Fez-se uso, neste trabalho, da pesquisa bibliográfica, como fonte secundária de coleta de dados, na intenção de trazer ao contato da pesquisadora o maior número de informações teóricas sobre o tema.

Como fonte primária foi utilizada a pesquisa documental, que se baseia em fonte de dados restrita a documentos, ou seja, dados foram coletados no sistema de faturamento das contas médicas, no Manual de Pessoal da ECT (Manpes), e no Planejamento Estratégico da empresa. Para dar suporte a análise dos dados e à pesquisa documental, os mesmos foram coletados também através da observação participante no Setor de Contas Médicas, da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – DR/SC. Foram identificados os processos e toda a padronização institucional que envolve a autogestão da organização do plano de saúde, oferecido aos colaboradores. Dentro de um aspecto quantitativo, proporcionado pelo recurso de planilhas e gráficos, são apresentados os principais indicadores de utilização e de gastos referentes à utilização do plano de saúde, para que se tenha uma visão do grau de utilização dos beneficiários, bem como a comparação com os indicadores governamentais sugeridos para a realidade brasileira.

O emprego da técnica de observação participante juntamente com entrevistas informais não estruturadas, possibilitou o aproveitamento dos dados obtidos através da vivência do pesquisador, dentro da empresa. A observação participante é aquela que acontece quando o pesquisador compartilha a realidade dos pesquisados. "Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste" (MARCONI e LAKATOS, 1990, p. 90). As entrevistas informais foram realizadas com funcionários do setor que possuem experiência considerável sobre o assunto tema da pesquisa, o

que contribuiu significativamente para a interpretação dos dados e do funcionamento do sistema de saúde prestado pela empresa pesquisada.

A pesquisa bibliográfica, também chamada de pesquisa de fontes primárias, possui um caráter vital para a pesquisa, pois serve como base de comprovação para todas as posições e idéias focadas pelo pesquisador durante a construção da pesquisa. Nesta pesquisa, há uma fundamentação teórica do estudo com base em livros técnicos da área de assistência médica, com o intuito de apresentar um histórico sobre a assistência à saúde no Brasil e como a assistência privada surgiu para suplementar à atenção pública à saúde.

A investigação sistemática do problema através da utilização de uma combinação de técnicas possibilita uma compreensão mais ampla do objeto de estudo e diminui possíveis erros de interpretação, garantindo maior validade e precisão aos dados obtidos.

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Um desafio limitante foi a restrição ao acesso de certos dados na organização, sendo possível apenas mediante solicitações formais, e que burocraticamente afetaram o trabalho tornando-o lento e limitando o estudo a apenas uma seção da empresa, a de Contas Médicas; não levando em conta a organização como um todo.

4 ESTUDO DE CASO

Este trabalho é um estudo de caso onde é analisada a autogestão de saúde da ECT em Santa Catarina, onde os dados de sua utilização serão analisados e detalhados. Diante da confrontação destes dados com os parâmetros do UNIDAS serão apontadas alternativas para a melhor utilização do sistema

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

Conforme a Intranet da empresa, com o desenvolvimento dos setores produtivos do Brasil tornou-se necessária a reorganização do serviço postal em torno de um modelo mais moderno que o do Departamento de Correios e Telégrafo (DCT), cujo sistema não apresentava infra-estrutura compatível com as necessidades dos usuários. Diante da situação, é criado, em março de 1969, pela Lei nº. 509, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), como empresa pública vinculada ao Ministério das Comunicações, e regida pela legislação federal.

Com o surgimento da ECT, a empresa passa a ter uma nova postura por parte dos poderes públicos com relação à importância das comunicações e, particularmente dos serviços postais e telégrafos, para o desenvolvimento do país.

Os Correios deixaram de ser um Órgão Público, para tornar-se uma Empresa Pública e em pleno regime militar, sendo o seu primeiro presidente Ruben Rosado (oficial da Aeronáutica). Esta presença militar foi muito marcante na época, sendo exigido de seu corpo funcional, as mesmas regras e posturas estabelecidas nas Forças Armadas Brasileiras.

Como as Forças Armadas sempre utilizaram estratégias para a sua atuação, pode ter sido um dos determinantes estabelecido sobre a maneira da ECT atuar, e assim, buscar cada vez mais, uma melhor postura e melhor atuação.

O ciclo de desenvolvimento ocorrido na década de 70 correspondeu a novas necessidades de uma clientela que viu as distâncias serem encurtadas e percorridas graças ao serviço postal, que se estruturou e passou a desenvolver e oferecer

produtos e serviços de acordo com a realidade do mercado e as necessidades de seus clientes.

Ainda nesse período, a ECT consolida seu papel como importante agente da ação social do Governo, atuando no pagamento de pensões e aposentadorias, na distribuição de livros escolares, no transporte de doações em casos de calamidades, em campanhas de aleitamento materno, no treinamento de jovens carentes e em inúmeras outras situações em que se demonstra sua preocupação com o bem-estar social.

A partir de 1980 se intensifica a preocupação com a ação cultural e o desenvolvimento de ações voltadas à preservação do patrimônio cultural do Brasil, sobretudo no que se refere à memória postal. Do surgimento dos serviços postais até os dias de hoje, os correios assumiram sua postura de elo que aproxima as pessoas e de instituições respeitáveis, que sempre procurou adequar-se aos vários períodos de desenvolvimento do país, buscando o progresso para os seus serviços prestado a sociedade.

O acirramento da competição no setor postal e as exigências cada vez maiores da sociedade em relação à qualidade do atendimento colocam os Correios diante da missão de oferecer serviços ainda mais eficientes e compatíveis com as necessidades de seus clientes. Essa preocupação provocou verdadeira revolução na estratégia comercial da empresa, com modernização da estrutura, criação de novos produtos e abertura de novas frentes de atuação.

Apesar da complexidade do mercado brasileiro, a empresa tem conseguido prestar um serviço compatível, e em muitos casos, superior, ao das melhores administrações postais do mundo. São mais de 54 mil unidades de atendimento distribuídos em todo o país, entre agências, postos de vendas de produtos e caixas de coletas. Ao mesmo tempo em que aperfeiçoaram o atendimento em suas agências, os Correios buscaram também ampliar o universo de serviços em sintonia com novas e modernas tecnologias.

4.1.1 Estrutura da ECT

De acordo com a Intranet da ECT, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos ECT, vinculada ao Ministério das Comunicações, é formada por 25 Diretorias Regionais (DRs), as quais executam as diretrizes da Administração Central (AC), sediada em Brasília/DF.

Em sua estrutura geral, a empresa tem a Administração Central e a Administração Regional. Na Administração Central, tem-se a direção composta do Conselho de Administração e da Diretoria e do Conselho Fiscal e a Administração Setorial, com os departamentos. Na Administração Regional, têm-se as Diretorias Regionais.

O Conselho de Administração exerce a administração superior da empresa e é constituído do Presidente da empresa e mais cinco membros nomeados pelo Presidente da República do Brasil. A Diretoria é o órgão executivo da empresa e é constituída do Presidente e de seis diretores. O Conselho Fiscal é o órgão de fiscalização da empresa, constituído de três membros efetivos e três suplentes. Na administração setorial, os Departamentos são órgãos de planejamento, elaboração de normas, coordenação e controles setoriais e são dirigidos por chefes supervisionados pelo respectivo membro da Diretoria ao qual está vinculado. Já na administração regional, as Diretorias Regionais são órgãos encarregados de executar, em âmbito regional, os serviços a cargo da empresa.

Os Correios estão presentes, rigorosamente, com pelo menos uma agência, em todos os 5.561 municípios e 2.685 distritos atualmente existentes no Brasil; e conta com a colaboração de aproximadamente 103 mil pessoas em todo o território brasileiro.

Conforme descrito no Manpes, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos apresenta como Valores:

- a) A satisfação dos clientes, através da prestação de serviços de confiança e do cumprimento dos prazos estabelecidos;
- b) Respeito aos seus empregados, considerando os mesmos como ativo mais importante da empresa, proporcionando segurança e bem-estar;

- c) Ética nos relacionamentos, a ECT preza o respeito nos relacionamentos entre chefes e subordinados, e entre os próprios empregados, valorizando a participação dos mesmos nas atividades empresariais;
- d) Competência profissional, a empresa visa o aprimoramento de seus empregados através de cursos e bolsas profissionalizantes;
- e) Compromisso com as diretrizes governamentais, a ECT cumpre com as condições leis estabelecidas em Lei;
- f) Responsabilidade social, são realizados programas que atendem a sociedade como um todo, um exemplo disso é a carta social, carta do papai Noel, concurso de redação...; e
- g) Excelência empresarial, a empresa visa realizar seus serviços de forma cada vez mais eficaz e eficiente, aliando os objetivos da empresa com os objetivos de seus empregados.

Como missão, a ECT visa ser reconhecida pela excelência e inovação na prestação de serviços de correios. E como visão tem o objetivo de facilitar as relações pessoais e empresariais mediante a oferta de serviços de correios com ética, lucratividade e responsabilidade social.

4.2 DIRETORIA REGIONAL DE SANTA CATARINA – DR/SC

Segundo a Intranet, a Diretoria Regional de Santa Catarina (DR/SC) é composta pela Assessoria de Planejamento e Qualidade (APLAQ), Assessoria de Comunicação Social (ASCOM), Gerência de Inspeção (GINSP), Assessoria jurídica (ASJUR), Coordenadoria Regional de Negócios e ligada à mesma a Gerência de Vendas (GEVEN), Gerência de Atendimento (GERAT), Gerência de Operações (GEOPE), Coordenadoria Regional de Suporte e ligada à mesma Gerência de Administração (GERAD), Gerência de Engenharia (GEREN), Gerência de Sistemas e Telemática (GESIT), Gerência de Recursos Humanos (GEREC) e Gerência de Contabilidade e Controle Financeiro (GECOF).

É da competência dos Correios de Santa Catarina: explorar os serviços postais, a correspondência agrupada, telemáticos, encomendas, filatelia entre outros. E estar constantemente aperfeiçoando o seu modelo de gestão para que possa tornar-se mais competitivo e habilitado a disputar o mercado com a iniciativa privada, dentro da autonomia estabelecida pela Administração Central.

A regional formulou a sua própria missão ao qual procura prover a DR/SC de seres humanos qualificados e motivados, visando assegurar a excelência dos serviços prestados aos clientes, dentro de padrões de eficácia e de lucratividade.

A sede administrativa está na cidade de Florianópolis, atuando de forma operacional em oito regiões de varejo e oito Coordenadorias de Atendimento Externo (CAE), com sedes nos municípios de Florianópolis (REOP01), Tubarão (REOP02), Blumenau (REOP03), Joinville (REOP04), Lages (REOP05), Joaçaba (REOP06), Chapecó (REOP07) e Itajaí (REOP08), cujas áreas de atuação são definidas pela zona de influência de suas sedes e pelo sistema de encaminhamento postal.

As Regiões Operacionais (REOPs), são órgãos encarregados de desenvolver atividades de coordenação, controle, supervisão e planejamento de atividades administrativas, comerciais e operacionais, conforme circunscrição geográfica definida. São subordinadas administrativamente a DR/SC e tecnicamente aos órgãos em nível de gerência da própria diretoria

A DR/SC conta com a colaboração de 3.417 colaboradores com vínculo direto; 109 estagiários (nível médio e superior); 66 deficientes físicos; 14 adolescentes assistidos; 15 terceirizados da área médica; 280 terceirizados da limpeza e vigilância; 65 terceirizados do transporte; totalizando 3.966 colaboradores no quadro de pessoa da ECT.

A ECT destaca que as pessoas são os únicos e verdadeiros agentes na empresa, uma vez que, através de meios intangíveis geram idéias e desenvolvem relações tanto com a empresa como com outras pessoas. Assim, a ECT descreve como os seus principais ativos intangíveis:

- a) Conhecimento acumulado sobre localidades, pessoas e endereços;
- b) Domínio de forma mais veloz e econômica, de encaminhamento de objetos postais a cada canto do país;

- c) Força da marca Correios; e
- d) Credibilidade através da confiança oferecida pela empresa diante de seus serviços.

A Gerência de Recursos Humanos (GEREC) é uma equipe de trabalho que tem sua responsabilidade limitada ao âmbito regional de Santa Catarina e a ela cabe:

- a) Realizar a captação e seleção de pessoal externo, bem como o recrutamento de empregados para funções existentes na Empresa;
- b) Executar as ações relativas a cargos e salários, pagamentos e recolhimentos, registros legais e cadastro do quadro de pessoal existente na Empresa, bem como acompanhamento e estudos da legislação e normas trabalhistas vigentes;
- c) Desenvolver ações de treinamento & desenvolvimento, nas suas várias formas (presencial em sala de aula, no local de trabalho, à distância);
- d) Coordenar as avaliações de desempenho dos empregados, pelo Sistema de Gerenciamento de Competências e Resultados;
- e) Proporcionar uma melhor qualidade de vida aos empregados dos Correios através da gestão de benefícios e promoção de ações voltadas ao apoio psico-social e à integração do empregado e sua família com a ECT;
- f) Proporcionar um plano de saúde consistente e abrangente - CorreiosSaúde, a todos os empregados e seus dependentes legais; e
- g) Atuar também em parceria com outros órgãos e instituições em programas sociais e de desenvolvimento da cidadania.

A Seção de Contas Médicas, inserida na área de saúde da GEREC, é responsável por gerenciar as despesas da empresa com a saúde. A esta seção cabe a preparação das contas advindas da rede credenciada; a auditoria sobre as mesmas; averiguação da compatibilidade dos preços cobrados com os da tabela de procedimentos adotada pela empresa; e o pagamento aos prestadores de serviço credenciados, bem como a contratação dos mesmos.

4.3 CARACTERÍSTICAS DO PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO DOS CORREIOS

As regras gerais do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica (CorreiosSaúde) oferecido aos empregados da ECT e seus dependentes estão definidos no módulo 16 do Manual de Pessoal (Manpes), o mesmo também estabelece os procedimentos operacionais para o atendimento aos beneficiários do Plano.

O Manpes apresenta algumas definições para facilitar a compreensão do CorreiosSaúde:

- a) Acomodação hospitalar: É o compartimento individual (compartimento com apenas um leito para o doente, conhecido como apartamento simples) ou coletivo (compartimento com dois ou mais leitos para o doente, conhecido como enfermaria) de um hospital credenciado pela ECT, o qual acolhe o doente no caso de internação;
- b) Beneficiário Titular: É o beneficiário enquadrado em uma das condições estabelecidas no Manpes e que tem direito a utilizar os benefícios contemplados pelo Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológico;
- c) Beneficiário Dependente: É o beneficiário reconhecido como dependente de um beneficiário titular e previamente cadastrado por este junto ao Órgão de Administração de Recursos Humanos da ECT;
- d) CADSAUDE: É um sistema informatizado que permite consultar se os beneficiários possuem direito ao CorreiosSaúde;
- e) Eletivo: É o atendimento que pode ser agendado para data posterior sem que, com isso, haja prejuízo para a saúde do paciente;
- f) Emergência: É a caracterização, mediante declaração do médico assistente, dada ao atendimento que, se não ocorrer, implicará risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente;
- g) Glosa: É o cancelamento ou recusa, parcial ou total, de um valor constante de um documento de cobrança apresentado por profissional e/ou entidade credenciada, quando considerado indevido;

- h) Margem Consignável: É o valor máximo de desconto mensal, incidente sobre o salário base do empregado, em caso de utilização de um serviço oferecido pelo Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológico;
- i) PCMSO: É o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, o qual regulamenta a realização dos exames admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função ou cargo e demissional;
- j) Médico Assistente: É o profissional médico que estiver assistindo o doente na situação em análise, podendo ser do Ambulatório Interno, da Rede Credenciada, do Sistema de Livre Escolha ou do SUS;
- k) Rede Credenciada: É o conjunto de profissionais e entidades médicas, odontológicas e hospitalares credenciadas para atenderem aos beneficiários do Plano de Assistência Médico-Hospitalar e odontológica, mediante a apresentação da documentação exigida no Edital de Credenciamento;
- l) Sistema de Co-participação: É o mecanismo aplicado para que o empregado co-participe das despesas médicas, hospitalares e odontológicas que a empresa realiza com a rede credenciada, ou a ela vinculada, para a manutenção de sua saúde e/ou de seus beneficiários dependentes;
- m) Sistema de Livre Escolha: É o sistema de atendimento em que o beneficiário escolhe uma entidade ou um profissional médico não pertencente aos ambulatórios internos e nem à rede credenciada, no qual ele efetua o pagamento das despesas, sendo ressarcido posteriormente de acordo com as tabelas praticadas pela ECT, mediante a apresentação de recibo (se o prestador do serviço for pessoa física) ou nota fiscal (se o prestador do serviço for pessoa jurídica). Neste caso, o empregado opta por assumir as diferenças de valores porventura existentes entre as tabelas da ECT (utilizada para a co-participação) e os valores cobrados pelo profissional ou entidade escolhida;
- n) Termo de Opção de Internação: É o documento assinado pelo empregado ou, na impossibilidade deste, por representante familiar, com vistas a autorizar a ECT a realizar os descontos referentes ao compartilhamento de internação em acomodação individual (apartamento simples);

- o) Termo de Compromisso: É o documento assinado pelo empregado ou representante familiar, no ato dos atendimentos de emergência/urgência, no qual o empregado assume o compromisso de apresentar ao credenciado a guia de regularização do atendimento, dentro do prazo estabelecido, sob pena de arcar com o valor integral da despesa proveniente desse atendimento;
- p) Teto Limite de Co-participação: É o valor máximo sobre o qual será calculado o percentual de co-participação do empregado nos custos com a utilização da Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica na rede credenciada, a ser descontado do empregado. Nos casos de internação em acomodação individual por opção do empregado ou de prótese odontológica, o teto será de até quatro vezes o salário-base do empregado e, nos demais casos, será equivalente a, no máximo, duas vezes o salário-base do empregado;
- q) UNIDAS: União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, entidade na qual a empresa é participante;
- r) Urgência: É a ocorrência de agravo à saúde, cujo portador necessita de assistência médica/odontológica imediata, embora não apresente risco de vida;
- s) Valor de Co-participação: É o valor calculado percentualmente em função da referência salarial em que o empregado se encontra enquadrado no PCCS da Empresa e do valor final das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, ou a ela vinculadas, correspondente à participação do empregado no gasto da ECT com a manutenção da sua saúde e/ou de seus beneficiários dependentes.

O Plano de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica da ECT (CorreiosSaúde), tem abrangência nacional e registro na Agência Nacional de Saúde (ANS) sob o nº. 35376-1. Este Plano contempla atendimentos ambulatoriais, hospitalares, hospitalares com obstetrícia e odontológicos. É um Plano de autogestão na modalidade coletivo empresarial patrocinada, oferecido aos empregados ativos e ex-empregados aposentados da ECT, bem como a seus dependentes, desde que estes atendam as condições previstas no Manpes e na legislação em vigor.

São considerados como beneficiários titulares do Plano, conforme descrito no Manpes:

- a) Empregados e ex-empregados aposentados da ECT, dirigentes e membros do Conselho de Administração da ECT;
- b) Empregados cedidos à ECT para outros órgãos públicos, com ônus para a ECT;
- c) Alunos bolsistas em treinamento oferecido pela ECT, se previsto no documento relativo à bolsa firmado entre a ECT e o aluno;
- d) Estagiários externos, sendo que estes só poderão ser atendidos no ambulatório internos da empresa;
- e) Participantes do programa "Cidadania em Ação", oriundos de convênios da ECT com outras entidades, sendo que estes só poderão ser atendidos no ambulatório internos da empresa;
- f) Empregados ativos e aposentados do POSTALIS, bem como seus dirigentes, conforme consta dos termos do Convênio assinado com a ECT.

Durante o período de experiência de contrato de trabalho, os empregados e seus dependentes utilizam exclusivamente os serviços prestados nos ambulatórios internos da ECT, exceto nos casos em que se comprovarem como emergenciais/urgentes. O empregado em atividade e que venha a se aposentar pode permanecer como beneficiário do Plano de Saúde da ECT, desde que apresente no órgão de pessoal da Administração Central ou respectiva Diretoria Regional a carta de concessão de aposentadoria pela Previdência Social e solicite seu desligamento dos quadros da ECT, em até 90 (noventa) dias, contados a partir da data da emissão da carta de concessão do benefício.

São considerados dependentes dos beneficiários titulares todos que preencham os requisitos abaixo e que estejam previamente cadastrados.

- a) Cônjuge;
- b) Companheira (o), inclusive do mesmo sexo: empregado (a) com filho em comum com o (a) companheiro (a) a ser cadastrado ou que comprovem união estável há mais de um ano;
- c) Filho solteiro menor de 21 anos ou maior de 21 anos e inválido;

- d) Enteado solteiro menos de 21 anos ou maior de 21 anos e inválido;
- e) Filho solteiro maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º Grau;
- f) Enteado solteiro maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º Grau;
- g) Filho adotivo menor de 21 anos ou maior de 21 anos e inválido;
- h) Filho adotivo maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º Grau;
- i) Pai e mãe com idade mínima de 55 anos e que não possuam rendimentos de qualquer natureza ou cujos rendimentos não sejam superiores a 1,2 (um vírgula dois) salário-mínimo vigente, considerando para tanto, pai e mãe separadamente;
- j) Enteados filhos de cônjuge ou companheiro (a) obrigatoriamente cadastrado no CorreiosSaúde menor de 21 anos, ou maior de 21 e inválido;
- k) Enteados filhos de cônjuge ou companheiro (a) obrigatoriamente cadastrado no CorreiosSaúde maior de 21 anos e menor de 24 anos cursando o 3º Grau.

Nas internações obstétricas com cobertura pela empresa, é assegurada durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, assistência médico-hospitalar ao recém-nascido, filho natural de dependente previamente cadastrado no CorreiosSaúde ou adotivo do titular (mediante a apresentação da documentação que comprove a adoção); e cabe à ECT providenciar a transferência do recém-nascido que perdeu o direito à cobertura, com ônus para a ECT, para uma unidade do SUS que disponha dos serviços necessários à continuidade do atendimento, mesmo em outra localidade.

4.3.1 Coberturas do CorreioSaúde

Segundo o Manpes, os beneficiários são identificados junto à rede credenciada e/ou ambulatorios próprios, mediante a apresentação da Carteira de Identificação Funcional (crachá) ou Carteira/Cartão do CorreiosSaúde quando for beneficiário titular; e Carteira/Cartão de Identificação do CorreiosSaúde e Documento de Identificação Pessoal (com foto) quando for beneficiário dependente.

Em caso de falecimento do titular, seus dependentes, cadastrados até a data do óbito, só perderão a condição de beneficiários transcorridos 180 dias, a contar da data do óbito; sendo que os serviços prestados durante este período serão oferecidos gratuitamente, ou seja, sem a co-participação.

Os serviços médicos e hospitalares a serem oferecidos pela ECT aos beneficiários do CorreiosSaúde, em todo território nacional, compreendem, nos ambulatorios Internos da ECT, segundo o Manpes:

- a) Atendimento médico;
- b) Atendimento primário de enfermagem.

Baseado no Manpes, à rede credenciada pela ECT cabe:

- a) Consultas médicas, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- b) Métodos complementares de diagnóstico e tratamento, inclusive exames especializados, solicitados pelo médico assistente e reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM);
- c) Tratamento ambulatorial;
- d) Internação hospitalar em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em centros de terapia intensiva, incluindo honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar, taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro;
- e) Diárias hospitalares com acompanhante, nos casos específicos de internação de crianças, adolescentes (até 16 anos) e idosos com idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos, com acomodação em enfermaria ou, nos casos excepcionais em apartamento individual, mediante autorização prévia do médico da ECT;

- f) Transplantes de rim, córnea e de outros órgãos;
- g) *home care*, ou seja atendimento domiciliar;
- h) Reeducação Postural Global (RPG) e hidroterapia;
- i) Tratamento com nutricionista;
- j) Cirurgias plásticas reparadoras decorrentes de acidentes pessoais, seqüelas de cirurgias mutilantes, de queimaduras e defeitos congênitos, com autorização prévia de dois médicos da ECT;
- k) Próteses mamárias e testiculares (indicadas para os casos de mastectomia e orquiectomia radicais), a peniana (indicada em traumatismos ou doenças específicas, a critério médico), a de globo ocular e as de complementação cirúrgica (tipo lente intra-ocular para o procedimento de facectomia e prótese total de quadril para o procedimento de artroplastia correspondente).

São excluídos da cobertura da assistência médico-hospitalar, de acordo com o Manpes:

- a) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim e/ou cirurgia plástica;
- b) Tratamento fonoaudiológico;
- c) Exames e tratamentos relativos à medicina ortomolecular;
- d) Mamoplastia redutora estética;
- e) Cirurgia e tratamentos específicos para mudança de sexo;
- f) Procedimentos destinados à inseminação artificial ou fertilização "in vitro", e/ou reprodução assistida, bem como as despesas diretamente relacionadas e suas intercorrências;
- g) Recanalização tubária;
- h) Controle de natalidade contrário à ética médica;
- i) Tratamento de apoio psicológico, exceto nos casos de pacientes portadores de doenças de evolução crônica;
- j) Consulta ou atendimento domiciliar, exceto no caso de *home care* autorizado pelo médico da ECT;
- k) Aparelhos ortopédicos e órteses em geral;

- l) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- m) Fornecimento de materiais e medicamentos (importados ou não), exceto aqueles utilizados nos hospitais/clínicas credenciados durante atendimentos de pronto-socorro, internações e *home care*;
- n) Tratamentos em estâncias hidrominerais, spa ou clínicas de repouso;
- o) Internação hospitalar para tratamento clínico ou cirúrgico experimental, não reconhecido na prática médica;
- p) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos e ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- q) Quaisquer exames ou tratamentos sem prévia indicação médica;
- r) Tratamentos clínicos e cirúrgicos para rejuvenescimento e/ou prevenção de envelhecimento;
- s) Diárias hospitalares e despesas com acompanhante;
- t) Exames e procedimentos não previstos nas tabelas utilizadas pela ECT, exceto os casos excepcionais previamente analisados e autorizados pelo Departamento de Saúde;
- u) Medicamentos e materiais prescritos para tratamento domiciliar, exceto *Home Care* e aqueles constantes de Programa implementado pela ECT;
- v) Dermolipectomia ou qualquer outra cirurgia ou tratamento estético;
- w) Enfermagem em caráter particular, em residência ou não, mesmo que o caso exija cuidados especiais, mesmo em caráter de emergência;
- x) Internação hospitalar para fins de repouso, de reabilitação em geral ou de assistência em caráter social (asilos, internatos e outros), e estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica;
- y) Exames, consultas e tratamentos admissionais/periódicos/mudança de função/demissional relativos às necessidades de outras empresas, salvo para titulares da ECT cedidos e que o custo de sua realização possa ser repassado ao cessionário;

- z) Despesas consideradas extraordinárias na internação, tais como: aluguel de televisão, ligações telefônicas urbanas e interurbanas, lavagem de roupa, refeições extras e outras;
- aa) Tratamentos de varizes superficiais com injeções esclerosantes (escleroterapia);
- bb) Confeções, compras, consertos, ajustes, aluguéis de aparelhos destinados à complementação de funções, tais como: colchões, cadeiras e outros.

As condições descritas acima não são oferecidas pelo plano de saúde dos Correios por não serem consideradas de caráter básico.

Já a remoção, ou seja, o transporte do paciente em veículo especial, equipado de acordo com suas necessidades, é analisado pelo médico da ECT para que possa ser autorizada a remoção.

A ECT adota para acomodação hospitalar de seus beneficiários a enfermaria com dois ou mais leitos. O beneficiário pode optar, através da assinatura do Termo de Opção, pelo apartamento simples. Caso o beneficiário opte por acomodação superior ao apartamento simples, toda e qualquer despesa excedente, que ocorra em função dessa opção, é de sua inteira responsabilidade; não tendo direito a ressarcimento destas despesas.

A ECT autoriza a internação em apartamento, em caráter excepcional, em situações devidamente analisadas e homologadas por dois médicos do ambulatório da empresa nos seguintes casos: de politraumatizados, com lesões graves de órgãos internos; queimaduras de segundo e terceiro graus, acima de 05 (cinco) unidades topográficas; e pacientes com seqüelas importantes que apresentem deficiência de fala e locomoção, comprovadamente restrito ao leito.

Além destas diretrizes sobre assistência médica a ECT também trata das diretrizes para a utilização da assistência odontológica.

4.3.2 Serviços de Odontologia

Os serviços odontológicos oferecidos pela ECT, em todo território nacional, compreendem, nos ambulatórios internos de acordo com as especialidades disponíveis, de acordo com o Manpes:

- a) Consulta, perícia inicial do tratamento médico;
- b) Exodontia de dentes decíduos, ou seja, extração de dentes;
- c) Exodontia de dentes permanentes, com ou sem alveoloplastia;
- d) Restauração com resina composta fotopolimerizável, uma ou mais faces;
- e) Restauração com amálgama, uma ou mais faces;
- f) Pulpotomia em dentes decíduos;
- g) Pulpectomia, incluído o tratamento de canal;
- h) Raspagem de cálculo supra ou subgingival com polimento coronário por hemi-arcada;
- i) Radiografia odontológica periapical e bitewing;
- j) Profilaxia e aplicação tópica de flúor e de selante.

Quanto à rede credenciada, cabe as consultas de odontologia e métodos complementares de diagnóstico e tratamento solicitados pelo dentista assistente, observando-se o disposto no referencial de preços e procedimentos odontológicos da ECT e na tabela UNIDAS. A Tabela referida é utilizada para os procedimentos de cirurgia-buco-maxilo-facial e exames radiológicos que não se encontram estipulados no referencial. Devem ser autorizados todos os exames auxiliares ou complementares e as cirurgias orais menores (realizadas em ambiente ambulatorial sem anestesia geral) solicitados pelo odontólogo assistente, desde que reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e cobertos pelos CorreiosSaúde.

Os procedimentos de prótese odontológica são permitidos para os titulares e seus respectivos dependentes, observando-se o valor máximo de despesa por beneficiário que é definido anualmente pelo Departamento de Saúde. No caso dos dependentes, somente será autorizado quando eles forem participantes cadastrados no programa de prevenção odontológica ou mediante indicação prévia por meio de laudo comprovando a necessidade da realização do procedimento, emitido por

dentista do ambulatório. O beneficiário necessita comparecer ao ambulatório para realizar um laudo odontológico, o dentista do ambulatório verificará se o proposto pelo profissional credenciado condiz com a necessidade do beneficiário.

Os critérios para os procedimentos de Livre Escolha, dentro da odontologia, o beneficiário deve apresentar à chefia imediata ou no ambulatório, um Plano de tratamento, com odontograma, antes de dar início ao tratamento; de posse do mesmo, deve passar por uma perícia inicial, para que sejam verificados quais os procedimentos passíveis de ressarcimento; ao término do tratamento, passar por uma perícia final, para acompanhamento do tratamento realizado.

Para o ressarcimento o beneficiário deve apresentar a nota fiscal ao término do tratamento, durante a perícia final. Será ressarcido o valor referente à tabela de valores praticada pela ECT não o valor pleno pago pelo beneficiário, ou seja, o mesmo arcará com a diferença entre a tabela e o cobrado pelo profissional.

Os tratamentos realizados através do Sistema de Livre Escolha devem ser arquivados separadamente, e mantido o mesmo controle de garantia dos serviços realizados através do Convênio Odontológico.

Os serviços odontológicos são remunerados de acordo com a tabela de serviços odontológicos da ECT ou tabela consensual negociada regionalmente, se houver vantagem financeira para a ECT. O reajuste dos valores definidos na tabela de serviços odontológicos segue os acordos realizados pela Diretoria da ECT ou pelos Órgãos Governamentais, no que se refere à periodicidade e aos índices a serem aplicados.

Os ambulatórios da empresa funcionam como unidade de atendimento e triagem dos casos a serem encaminhados às entidades ou profissionais credenciados em odontologia, e deverão estar registrados no Conselho Regional de Odontologia (CRO).

Os beneficiários que desejarem utilizar a Assistência Odontológica oferecida pelo CorreioSaúde deverão se dirigir primeiramente ao ambulatório da empresa, a fim de receber atendimento inicial e/ou orientação quanto aos demais procedimentos.

Caso o dentista do ambulatório da empresa conclua pela necessidade de encaminhar o beneficiário para atendimento na rede credenciada, será emitido o

formulário Guia de Exames e Tratamento Odontológico (GETO), autorizando a realização da consulta. Os pedidos de exames e de tratamentos odontológicos especiais deverão vir acompanhados das justificativas do profissional solicitante, preferencialmente do especialista, para análise e aprovação pelo dentista da ECT, bem como para as cirurgias odontológicas e demais tratamentos.

Desta forma a ECT atende odontologicamente seus beneficiários.

4.3.3 Tratamentos Emergenciais e Eletivos

A ECT oferece aos beneficiários, cobertura dos procedimentos de emergência e urgência que implicam em risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Entendem-se como atendimentos de pronto-socorro as situações de emergência e urgência. Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; e como emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Quando a rede credenciada e a rede oficial da localidade de lotação/domicílio do beneficiário titular não apresentarem infra-estrutura em condições de atender a determinado tratamento médico, cirúrgico ou odontológico, o beneficiário pode ser encaminhado à localidade mais próxima, cuja rede oficial ou a rede credenciada pela empresa apresentem os recursos necessários, mediante autorização prévia do órgão responsável pela área de saúde da jurisdição de lotação/domicílio do titular.

Quando não houver alternativa de atendimento, comprovada pelo serviço médico da ECT (ambulatório), na rede credenciada ou na rede oficial, inclusive de outra localidade ou DR, a prestação da assistência por intermédio da contratação de serviços específicos poderá ser autorizada pelo Diretor Regional. Deverá ser efetuada a comparação, através de pesquisa de preço, entre os custos com os deslocamentos mais a utilização da rede credenciada da outra localidade e aqueles

relativos à contratação de serviços específicos na rede não credenciada da localidade, optando-se pela alternativa menos onerosa. A remuneração dos serviços prestados será feita de acordo com os valores previamente acordados entre as partes (chefe da Seção de Contas Médicas da ECT e entidade ou profissional não credenciado). Todas as despesas decorrentes dos serviços prestados por profissional ou entidade não credenciada, que forem cobertas pela Empresa, terão a co-participação do titular, de acordo com o estabelecido no Manpes.

4.3.4 Co-Participação

Nos casos de utilização dos serviços oferecidos pela ECT em seus Ambulatórios Internos, não haverá a co-participação do titular nas despesas, ou seja, o atendimento será gratuito. A utilização, pelo titular ou pelos dependentes, dos serviços da rede credenciada implicará na co-participação dos titulares nas despesas, no percentual de:

- a) 10%, 15% ou 20% para as referências salariais de RS01 (Referência Salarial 01) a RS16 (Referência Salarial 16); RS17; (Referência Salarial 17) a RS32 (Referência Salarial 32) e RS33 (Referência Salarial 33) a RS65 (Referência Salarial 65), respectivamente, para as despesas relativas a consultas, exames, tratamentos ambulatoriais, internações em acomodação coletiva e/ou UTI e tratamentos odontológicos, com exceção da prótese odontológica;
- b) 20%, 30% ou 50% para as referências salariais de RS01 a RS16; RS17 a RS32 e RS33 a RS65, respectivamente, para as despesas relativas à prótese odontológica e à internação em acomodação individual por opção do titular/dependente.

A co-participação dar-se-á sempre que o beneficiário, titular ou dependente, utilizar os serviços dos credenciados por intermédio de guias emitidas: pelo ambulatório, por unidade de emissão de guia ou em atendimento emergencial, ou ainda em atendimentos por entidade ou profissional não credenciado.

O percentual de co-participação do titular será aplicado sobre os custos finais do CorreiosSaúde junto à rede credenciada, respeitado o teto limite de despesas que corresponde ao valor equivalente a duas vezes o seu salário-base. O limite acima informado é alterado de duas vezes para três vezes, quando o titular do CorreiosSaúde for um aposentado. No caso de internação em acomodação individual por opção do titular, o teto limite de despesas equivale a quatro vezes o seu salário-base. Caso o valor correspondente às despesas seja superior ao teto limite de despesas, o percentual de co-participação será aplicado sobre o teto limite de despesas, obedecendo à referência salarial.

A co-participação no caso de beneficiários titulares incidirá sobre a folha de pagamento. Para os titulares aposentados a co-participação se dará por meio de desconto na suplementação do Instituto de Previdência dos Correios (POSTALIS), para beneficiários vinculados àquele Instituto; por meio de débito em conta corrente bancária junto à agência do Banco do Brasil S/A ou outra instituição definida pela ECT; ou por meio de boleto bancário a ser quitado junto à rede bancária.

As despesas com os titulares aposentados por invalidez, bem como de seus dependentes, ocorridas durante o período de afastamento, não terão co-participação.

Nos casos em que as despesas decorrerem de procedimentos realizados por iniciativa da Empresa, principalmente as relacionadas com campanhas preventivas, exames periódicos, admissionais, demissionais, de retorno ao trabalho e/ou mudança de função ou cargo, exigidos por lei, não haverá co-participação do titular. Quando a utilização da rede credenciada estiver relacionada a lesões ou seqüelas originadas diretamente de doença profissional/acidente de trabalho, as despesas decorrentes da assistência médico-hospitalar e odontológica não deverão ter a co-participação do titular.

O empregado enquadrado em acidente de trabalho/doença profissional deverá comprovar essa situação no ato da solicitação da guia, por intermédio da apresentação do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) ou de relatório do médico do trabalho da ECT, isentando-se a empresa de reembolsos posteriores por conta da emissão de guia.

Os valores totais referentes às despesas com consultas, exames, tratamentos ambulatoriais e/ou internações serão informados, para cálculo do desconto, somente após o término do processo de conferência das faturas recebidas da Rede Credenciada.

A co-participação do titular nas despesas com internações será calculada sobre o custo total dos serviços (diárias hospitalares, honorários médicos, medicação, material, exames, curativos, taxas de sala e outros) realizados sob regime de internação em acomodação coletiva (enfermaria) ou Acomodação Individual (apartamento).

Os empregados afastados por motivo de aposentadoria por invalidez, auxílio doença e acidente de trabalho não farão jus à opção por apartamento.

As despesas ressarcidas ao SUS, originárias de atendimento médico realizado por instituições públicas ou privadas, contratadas ou integrantes do SUS, ao titular ou o seu beneficiário dependente, não terão co-participação. Por ser um atendimento público e o paciente ter um convênio médico com a empresa, a empresa ressarcirá o SUS no valor do procedimento realizado, mas não descontará do empregado a folha de pagamento.

4.3.5 Sistema Livre-Escolha

O sistema de livre escolha é a utilização de serviços médicos, hospitalares e odontológicos realizados por intermédio da rede particular, não credenciado, onde o beneficiário arcará com o pagamento das despesas, sendo ressarcido posteriormente, mediante apresentação de recibo (se prestador de serviços pessoa física) ou nota fiscal (se prestador de serviços pessoa jurídica), com o procedimento claramente discriminado. O cálculo da restituição será feito de acordo com as tabelas aprovadas e praticadas pela empresa para pagamento dos procedimentos à rede credenciada. Somente haverá reembolso de despesas com serviços cobertos pelos CorreiosSaúde.

O beneficiário escolherá um profissional da rede particular, e após ser atendido solicitará um recibo em seu nome que será atestado pelo mesmos e encaminhado para a Seção de Contas Médicas. Será processado sua solicitação e averiguado o valor do procedimento na tabela de procedimentos praticada pela empresa será este o valor ressarcido ao beneficiário.

O ressarcimento ocorrerá no contracheque do mês seguinte ao da apresentação do respectivo recibo/nota fiscal, desde que obedecidos os prazos definidos para inclusão em folha de pagamento, exceto os casos especiais indicados pela Área de Saúde, cujo ressarcimento deverá ocorrer de imediato.

4.4 ESTRUTURA E OPERACIONALIZAÇÃO

Com o objetivo de oferecer atendimento aos beneficiários, são mantidos pela ECT, ambulatórios nas Diretorias Regionais dotados de estrutura compatível com o efetivo e as características locais. Os ambulatórios são compostos por profissionais do quadro próprio da ECT e/ou ter o serviço desenvolvido por empresa terceirizada em processo licitatório ou por meio de convênios.

É exercido efetivo controle sobre as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos ambulatórios da empresa (médicos/dentistas/enfermeiros), para que sejam prestados aos titulares e seus dependentes única e exclusivamente os serviços previstos pelo CorreiosSaúde.

Nos ambulatórios são apenas mantidos medicamentos em quantidade mínima para atendimento de emergência/urgência.

As entidades e profissionais que constituem a rede de assistência médico-hospitalar e odontológica deverão ser credenciados pelas Diretorias Regionais em suas jurisdições, levando-se em conta o parâmetro especialidade versus população atendida e a regularidade da documentação exigida pela ECT.

A Área de Saúde da Regional deve realizar, semestralmente, a avaliação da rede credenciada, observando os seguintes itens indicados pelo Manpes:

- a) Necessidade das especialidades na região: quais os profissionais de saúde que a região necessita;
- b) Proporcionalidade entre o número de credenciados e o número de beneficiários de cada região: equilibrar a oferta do atendimento médico com a demanda de beneficiários;
- c) Padrão técnico oferecido;
- d) A frequência de glosas abusivas em procedimentos ou a incidência de cobranças indevidas;
- e) Se está ocorrendo direcionamento de pacientes, por médicos credenciados, para entidades especializadas em diagnóstico e tratamento;
- f) Outras situações irregulares.

Há um controle rigoroso do credenciamento de entidades e profissionais multi-especialistas, a fim de coibir solicitações desnecessárias de procedimentos. O profissional que optar por mais de uma especialidade dentre as mencionadas no aviso de credenciamento é avaliado periodicamente pelo serviço médico da regional, no que se refere às guias liberadas e/ou solicitadas, para que se verifique a ocorrência ou não de atendimentos indevidos.

Não podem permanecer ou ser credenciadas pela ECT:

- a) Pessoa Jurídica: entidades nas quais empregados da ECT sejam proprietários ou sócios; e
- b) Pessoa Física: profissional médico/dentista que tenha vínculo empregatício com a ECT ou com entidades que prestam serviços internamente nos ambulatorios da ECT, ou aqueles especificados no edital de chamamento público.

Cabe à ECT controlar o funcionamento da autogestão, averiguando a utilização do convênio para manter o equilíbrio e evitar possíveis abusos.

4.4.1 Remuneração da Rede Credenciada

Para os serviços prestados por entidades e profissionais credenciados, são utilizados os seguintes parâmetros de remuneração:

- a) Os serviços prestados serão remunerados com base nos valores vigentes na data do atendimento, de acordo com a tabela de honorários médicos emitida pela UNIDAS ou qualquer outra que venha a ser previamente autorizada ou adotada pela Empresa;
- b) As consultas, nas diferentes especialidades, e as visitas hospitalares serão remuneradas com base nos valores previstos na tabela de honorários médicos da UNIDAS ou em outros valores específicos negociados e/ou autorizados pela Empresa;
- c) Sessões de acupuntura, de tratamento psiquiátrico / psicoterápico e tratamento fonoaudiológico serão remuneradas com base nos valores previstos na tabela de honorários médicos da UNIDAS ou em outros valores específicos negociados e/ou autorizados pela Empresa;
- d) O pagamento dos honorários médicos, para internação, obedecerá aos seguintes critérios: padrão "enfermaria": uma vez a tabela de honorários médicos adotada pela ECT; padrão "apartamento simples": até duas vezes a tabela de honorários médicos adotada pela ECT; UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) ou UTSI (Unidade de Tratamento Semi-intensivo) ou UC (Unidade Coronariana): uma vez a tabela de honorários médicos adotada pela ECT; padrão superior a "apartamento simples", quando se tratar de hospital com tabela própria cancelada pela UNIDAS ou pela empresa: de acordo com a tabela própria ou, caso não estejam previstos critérios para o pagamento de honorários médicos: até duas vezes a tabela de honorários médicos adotada pela ECT; e durante o período em que o beneficiário estiver internado em UTI, UTSI ou UC, não caberá cobrança de honorários médicos em dobro, mesmo que antes ou após este período a acomodação escolhida tenha sido "apartamento simples";

- e) Nas internações em “apartamento simples”, além do pagamento dos honorários médicos em dobro, a ECT pagará o valor da diária correspondente à “diária de apartamento”, não cabendo, todavia, nenhuma majoração nos valores de taxas, materiais, medicamentos, gases e outros itens da tabela hospitalar;
- f) No caso de atendimentos realizados em consultórios de pessoas físicas ou em associações médicas, sejam consultas e/ou exames, não serão pagas, pela ECT, quaisquer taxas por procedimentos realizados. Não serão pagos materiais nem medicamentos utilizados ou fornecidos ao paciente, durante as consultas, qualquer que seja o prestador de serviço;
- g) No caso de médicos credenciados como pessoa física ou de associações médicas, cadastrados na Área de Contas Médicas para a realização de exames em consultório, serão pagos apenas os materiais e medicamentos previstos e indispensáveis à sua realização, após análise pelo CorreiosSaúde;
- h) No caso de procedimentos para os quais não está prevista a aplicação de anestesia, de qualquer porte, o pagamento poderá ser realizado após análise do relatório médico endereçado ao CorreiosSaúde e por ele homologado e poderá corresponder ao porte 1/3 da tabela de honorários médicos.

São objetos de ressarcimento, pela ECT, os atendimentos prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) aos titulares e dependentes do CorreiosSaúde, abrangendo atendimentos realizados por unidades públicas de saúde; e atendimentos de urgência e emergência realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS.

As condições para operacionalização do ressarcimento ao SUS são estabelecidas pelo Ministério da Saúde e administradas pelos gestores locais do SUS, obedecida a Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998, e demais normas regulamentadoras.

4.4.2 Utilização da assistência médica

Os beneficiários que desejam utilizar a Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica oferecida pela ECT, devem se dirigir primeiramente ao ambulatório da empresa, a fim de receber atendimento inicial e/ou orientação quanto aos demais procedimentos. Nos casos de consulta, o beneficiário será atendido pelo médico do ambulatório, por ordem de chegada ou de agendamento. Caso o médico do ambulatório da empresa conclua pela necessidade de encaminhar o beneficiário para atendimento pela rede credenciada, será emitido o formulário Guia de Consulta, ou seu substituto, autorizando a realização da consulta.

A 3ª consulta dentro da mesma especialidade, que for requisitada dentro do prazo de 30 (trinta) dias da data de emissão da guia para a 1ª consulta, somente será autorizada mediante justificativa do médico assistente e homologação pelo médico da empresa. Nas consultas médicas, onde houver solicitação acima de oito exames laboratoriais (Patologia Clínica, Bioquímica, Hematologia, Hormônios, Imunologia, Microbiologia, Urina e Patologia Clínica Ocupacional), estes deverão ser justificados previamente pelo médico requisitante, para autorização da emissão da guia, após homologação pelo médico do ambulatório da ECT.

Os pedidos de exames e de tratamentos especiais (exemplo: Ecocardiograma, Doppler, Dopplerfluxometria em geral, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e outros) deverão vir acompanhados das justificativas do médico solicitante, preferencialmente do especialista, para análise e aprovação pelo médico da ECT.

São autorizadas até 10 (dez) sessões de fisioterapia e/ou acupuntura por mês. Sendo necessárias sessões extras, estas somente poderão ser liberadas com a justificativa do médico assistente, homologadas pelo médico da ECT, restritas ao máximo de 60 sessões por ano, por patologia.

O Manpes apresenta orientações específicas para o caso de exames especiais, tais como:

- a) Mamografia: para pacientes sem patologia específica, a primeira com 40 anos ou mais; dos 40 aos 50 anos uma mamografia a cada dois anos; dos 50 aos

70 anos uma mamografia a intervalos anuais. Para pacientes com suspeita de patologia específica ou para controle desta, o médico assistente deve justificar o pedido. Para dirigir punção/marcação estereotáxica pré-cirúrgica, desde que concomitante a esse procedimento;

- b) *Densitometria óssea*: a primeira densitometria será realizada depois de completados 40 anos de idade considerando avaliação clínica prévia; a segunda no início da menopausa; densitometrias posteriores, apenas para casos de controle, quando exames anteriores tiverem caracterizado perda de substrato ósseo por influência hormonal e a paciente encontrar-se em reposição de estrógeno e/ou cálcio (neste caso, o médico deve justificar o pedido, descrevendo as condições e evolução clínica da paciente);
- c) *Ultra-som pélvico*: na mulher adulta, quando houver suspeita de patologia pélvica, com hipótese diagnóstica dirigida; na adolescente, até um ultra-som quando se apresentarem as primeiras menstruações; para controle de ovulação e no tratamento de enfermidade;
- d) *Ultra-som mamário*: sempre que houver lesão palpável nas mamas de adolescentes ou de pacientes que nunca gestaram; sempre que houver dúvida diagnóstica na mamografia (quando indicada) para a avaliação da característica da lesão (sólida ou cística); para dirigir punção de cisto mamário, desde que concomitante ao procedimento;
- e) *Ultra-som transvaginal*: será realizado em pacientes com suspeita de processo expansivo intra-útero e/ou patologia ovariana; acompanhamento de tratamento clínico de cisto de ovário, casos suspeitos de endometriose pélvica e casos suspeitos de gravidez ectópica ou gestação molar; e
- f) *Ultra-som na gestação*: para gestação normal, um ultra-som obstétrico para cada trimestre da gestação; para gestação de alto risco, o médico solicitante deve detalhar o quadro clínico e os motivos que justifiquem a realização de ultra-som obstétrico (ou outros) com maior frequência.

Os pedidos de cirurgias devem vir acompanhados das justificativas do médico solicitante, obrigatoriamente do especialista, para análise e aprovação pelo médico do Ambulatório da ECT, todas as avaliações e autorizações devem estar

fundamentadas nas diretrizes técnicas, sob a análise dos resultados dos exames e avaliação clínica – perícia médica.

O *home care* deve ser prestado por entidades especializadas credenciadas pela ECT, através de chamamento público. O serviço de *home care* pode ser utilizado para atender aos pacientes que embora necessitando de acompanhamento médico, não precisam necessariamente permanecer internados. Esta modalidade de atendimento destina-se aos pacientes com internações prolongadas e/ou reinternações, portadores de doenças crônicas terminais, doenças agudas com estabilidade clínica, estando o paciente restrito ao leito e necessitando de cuidados especializados de enfermagem, obedecendo aos critérios estabelecidos no Manpes.

Nas localidades onde não houver ambulatorios da ECT, os beneficiários serão atendidos pela rede credenciada ou pela rede oficial. Os beneficiários, sempre que necessitarem de atendimento médico e/ou hospitalar na rede credenciada devem dirigir-se ao órgão da ECT localizado na sede ou no interior da Regional designado para emissão das guias de atendimentos, onde será emitida a Guia de Consulta, Guia Ambulatorial, a Guia de Exame e Tratamento e/ou a Guia/Conta de Internação Hospitalar, conforme o caso.

4.4.3 Pagamento das Contas Médicas

As atividades dentro do Setor de Contas Médicas têm como principal atividade, a conferência, o lançamento das guias médicas utilizada pelos colaboradores, o pagamento e lançamento da devida participação dos empregados.

A conferência dos documentos de cobrança da prestação dos serviços ao CorreioSaúde pelo credenciado é efetuada pelo Setor de Contas Médicas de cada uma das Diretorias Regionais. O faturamento das despesas médicas deve ser realizado por intermédio do sistema informatizado aprovado pelo Departamento de Saúde.

A cobrança da prestação dos serviços deve ser feita por intermédio de nota fiscal para as pessoas jurídicas e de Recibo de Pagamento a Autônomos (RPA) para as pessoas físicas.

O Setor de Contas Médicas recebe os documentos encaminhados pela rede credenciada; empregados que utilizaram o Sistema de Livre Escolha; e pelas demais Diretorias Regionais.

Os documentos recebidos da Rede Credenciada devem ser devidamente protocolados no Sistema Informatizado da ECT. Estes são compostos da 2ª via das guias utilizadas, da nota fiscal ou do RPA, da relação de pacientes atendidos e de relatórios médicos, pedidos médicos e laudos de exames e, ainda, quando se tratar de tratamento odontológico, das correspondentes Fichas de Tratamento Odontológico (FTO).

Nos atendimentos de urgência ou emergência não regularizados pelo beneficiário, ou seja, aqueles para os quais não foram emitidas as correspondentes guias, os credenciados deverão informar na cobrança, obrigatoriamente os dados do titular; dados do paciente; tipo de atendimento prestado, descrito pelo médico assistente; relatório da cirurgia e ficha da anestesia se for o caso; e relação de serviços, exames, materiais, medicamentos e taxas, se forem o caso.

A área de Contas Médicas deve conferir, de acordo com o Manpes:

- a) Se as guias estão assinadas pelo beneficiário ou por seu responsável (em caso de menor ou de paciente impossibilitado de assinar);
- b) Os preços dos serviços prestados, materiais, medicamentos, contrastes e taxas discriminados nas faturas e demais documentos que acompanham as guias, comparando-as com os valores constantes das tabelas adotadas pelo CorreioSaúde;
- c) Se os atendimentos prestados estão relacionados com as especialidades para as quais o credenciado se cadastrou na Área de Contas Médicas, não cabendo cobranças de procedimentos em especialidades diferentes das cadastradas;
- d) Se o credenciado solicitou autorização prévia ao CorreioSaúde para a realização de exames de alto custo, aquisição de materiais/medicamentos de

alto custo, prótese e órteses, tratamentos especiais ou procedimentos não codificados na tabela de honorários médicos da UNIDAS;

- e) Se as quantidades de materiais, medicamentos e contrastes estão compatíveis com os procedimentos realizados/autorizados pelo CorreioSaúde bem como se o uso de importados, se for o caso, é decorrente da inexistência de similar nacional;
- f) Se existe duplicidade de cobranças, principalmente no caso de terceirizados que atuam dentro de hospitais credenciados;
- g) Se forem cobrados procedimentos não autorizados pela Empresa, com base na relação constante do Manpes;
- h) Se o beneficiário utilizou os serviços durante a vigência da guia como também se está legalmente cadastrado e durante a vigência do benefício;
- i) Se existe cobrança de prótese, *stent*, marcapasso, L.I.O. e outros materiais/medicamentos de alto custo e/ou controlados pela Empresa que não tenham sido autorizados previamente pelo CorreioSaúde ou que tenham sofrido majoração com base em taxas de comercialização não praticadas pela Regional; e
- j) Se o período de internação ultrapassou a quantidade de diárias autorizadas pelo CorreioSaúde.

No caso das guias relativas a tratamentos odontológicos, a análise é realizada previamente pela área odontológica do ambulatório da regional, antes do processamento pela área de Contas Médicas.

A área de Contas Médicas verifica se os valores cobrados são maiores do que o determinado pelo convênio. Em caso negativo, armazena os valores a serem pagos para compor a folha de pagamento da rede credenciada. Em caso afirmativo, faz-se a glosa dos valores incorretos, os quais serão adaptados às tabelas vigentes para liberação e, se necessário, acionará o médico encarregado da auditoria na Regional para verificação junto aos credenciados envolvidos e regularização das tabelas de preços por eles utilizadas.

As guias são processadas no sistema informatizado autorizado pelo Departamento de Saúde, pelo Setor de Contas Médicas, para que se obtenham os

dados necessários ao faturamento e ao compartilhamento das despesas médicas, inseridos em arquivos gerados, separadamente, para esses fins.

Com base nos dados armazenados, a área de Contas Médicas gera arquivos para o pagamento dos credenciados, recolhimento de INSS de autônomos e de co-participação dos empregados, as cartas/notificações de glosas e os demonstrativos de pagamentos à Rede Credenciada.

Os recibos e as notas fiscais apresentados pelos titulares empregados ativos da ECT no Sistema de Livre Escolha são reembolsados, pela área de Recursos Humanos da Regional, após remessa do arquivo específico pela Área de Contas Médicas.

As Regionais devem informar ao titular mensalmente, os valores gastos por ele e por seus dependentes na rede credenciada, através da emissão de extrato de despesas médicas ou documento similar.

Podem ser utilizadas, as autorizações de pagamento (AP), em casos emergenciais ou para cobertura de procedimentos especiais que não sejam oferecidos pela Rede Credenciada da ECT. É necessário a apresentação da nota fiscal ou recibo e que o procedimento seja caracterizado como tratamento emergencial, com risco de vida, efetuado através de parecer de dois médicos próprios da empresa. As despesas médico-hospitalares e odontológicas pagas através de AP devem ser compartilhadas pelo titular nos mesmos moldes de co-participação já citados.

4.5 MEDICINA OCUPACIONAL

É através da medicina ocupacional, que a ECT gerencia a regulamentação sobre a saúde preventiva. São orientações sobre os exames periódicos, realizados pelos colaboradores, onde são definidos quais os exames que devem ser realizados, a que faixa etária e sua periodicidade. Além dos exames periódicos, inclui-se nas atribuições da medicina ocupacional, os exames admissionais e demissionais. Tanto para exames periódicos, como admissionais e demissionais, utiliza-se a rede

credenciada para as execuções dos exames. Por trata-se de exames que tem orientação legal, para sua execução, não cabe aos colaboradores nenhuma participação sobre seus custos.

4.5.1 Exame Médico Admissional

Todo candidato que tenha sido aprovado em processo seletivo para ingresso na Empresa deve ser submetido, obrigatoriamente, aos exames admissionais. Os exames devem ser realizados preliminarmente, ao ato de contratação do empregado, e terão caráter eliminatório. Para que o candidato a colaborador da ECT possa realizar a lista de exames exigidos pela ECT, o serviço médico emite guias de autorização a ser entregue ao mesmo e este poderá utilizar o credenciado mais próximo de sua residência que prestará a execução dos exames. O sistema de controle médico da ECT permite através do modulo PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional) emitir guias a pessoas não cadastradas dentro do sistema dos beneficiários da assistência médica.

4.5.2 Exame Médico Periódico

Os exames médicos periódicos devem constar de uma avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico/mental. São realizados anualmente em empregados maiores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade. São realizados a cada dois anos, quando os empregados estiverem situados na faixa etária entre 18 e 45 anos de idade. São realizados a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico-coordenador do PCMSO da DR ou da AC, para empregados expostos a riscos ou situações de trabalho que impliquem no desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas.

Os tipos de exames complementares a serem solicitados ficam a critério do médico-coordenador do PCMSO da DR ou da AC, de acordo com os riscos da atividade detectados no mapeamento de riscos ambientais da Empresa e dos referenciais clínico-epidemiológicos.

Se o empregado tiver se submetido a qualquer perícia ou tratamento que tenha requerido atividade médica integrante do periódico e desde que no prazo de validade cabível, os resultados serão considerados, evitando-se repetições desnecessárias de exames.

O cronograma de exames periódicos é elaborado pelo médico-coordenador do PCMSO da DR ou da AC, de acordo com as possibilidades de atendimento do serviço médico e respeitadas as peculiaridades de cada DR ou da AC.

Empregados investidos em funções de chefia/assessoramento (equivalentes ao nível mínimo de subchefia de departamento na AC e gerência de área nas DRs) são submetidos à grade especial de procedimentos médicos denominada Gerencial. O Exame Médico Especial (Gerencial) é realizado a cada dois anos, quando os empregados estiverem situados na faixa etária entre 18 e 45 anos de idade e anual para os empregados com idade superior a 45 anos.

4.5.3 Exame Médico de Retorno Ao Trabalho

O exame médico de retorno ao trabalho tem como objetivo aferir a aptidão do empregado para retorno ao trabalho, deverá ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia de volta ao serviço. O exame médico de retorno ao trabalho deve ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia da volta ao trabalho de empregado ausente por período igual ou superior a (quinze) dias, por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. Decorridos 15 dias de licença médica, na hipótese de incapacidade laboral, motivada, por doença ou acidente, o empregado deve ser encaminhado, em tempo hábil, ao Órgão Previdenciário Oficial/INSS, para avaliação pericial. Na hipótese de retorno ao trabalho após término de licença médica originária de parto e constatada a incapacidade laboral, a

empregada faz jus à dilatação da licença maternidade, em que se encontrava, por mais duas semanas.

4.5.4 Exame Médico de Mudança De Função Ou Cargo

O exame médico de mudança de função ou de cargo é realizado, obrigatoriamente, antes da data da mudança. Entende-se por mudança de função ou cargo toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique na exposição do empregado a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança.

4.5.5 Exame Médico Demissional

O exame médico demissional é obrigatoriamente realizado nos casos de demissão motivada ou imotivada, até a data da homologação da rescisão contratual, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 135 (cento e trinta e cinco) dias.

4.6 PRINCIPAIS INDICADORES DA UTILIZAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Através da pesquisa UNIDAS 2004/2005, feita nas empresas brasileiras, que utilizam autogestão no oferecimento da assistência à saúde aos seus colaboradores, será possível apresentar um comparativo entre indicadores de utilização e de custos do UNIDAS com os valores praticados pelos na autogestão dos Correios na Diretoria Regional de Santa Catarina.

Tabela 03: Indicadores de Utilização

SERVIÇO	ECT – DR/SC	UNIDAS NACIONAL
Consulta por beneficiário/ano	3,18	4,66
Exames por beneficiário/ano	9,15	12,7
Exames por consulta/ano	1,65	2,7
Internações por beneficiário/ano	0,10	0,16
Tempo médio (em dias) de permanência hospitalar	3,05	3,47

FONTE: UNIDAS Nacional e Banco de dados ECT – DR/SC

De acordo com a Tabela 03 fica evidente que os indicadores do Correio são inferiores aos apresentados pelo UNIDAS. A consulta por beneficiário/ano apresenta valor 32% inferior ao do UNIDAS; os exames por beneficiário/ano, 28%; os exames por consulta/ano, 39%; as internações por beneficiário/ano, 38%; e o tempo médio de permanência hospitalar, 12%. Pode-se concluir que o Plano de Saúde dos Correios utiliza seus recursos de uma forma mais racional, conscientizando sobre a utilização abusiva do convenio médico, permitindo menores custos para a empresa, e menores descontos de co-participação para o funcionário.

Quando aos custos de utilização pode-se observar a Tabela 04:

Tabela 04: Indicadores de Custo Médio

SERVIÇO	ECT – DR/SC	UNIDAS NACIONAL
Consulta	R\$ 25,00	R\$ 27,09
Internações ao mês	R\$ 1.384,25	R\$ 2.854,93
Custo médio paciente/dia	R\$ 461,35	R\$ 698,03
Internação em Home Care/mês	R\$ 5.410,39	R\$ 9.573,33
Custo exame/paciente	R\$ 14,58	R\$ 18,79
Per capita ano	R\$ 660,00	R\$ 1.283,69
Per capita mês	R\$ 51,00	R\$ 106,97
Plano Odontológico (per capita/mês)	R\$ 4,88	R\$ 5,47
Plano Odontológico (per capita/ano)	R\$ 58,56	R\$ 65,66
Custo da diária hospitalar	R\$ 147,50	R\$ 776,34

FONTE: UNIDAS Nacional e Banco de dados ECT – DR/SC

Conforme a tabela a cima, a Autogestão dos Correios apresenta custos expressivamente inferiores aos parâmetros do UNIDAS. As diferenças mais expressivas são as de custo *per capita* ano, sendo 49% inferior ao do UNIDAS; o

custo *per capita* mês, 52%; e o custo da diária hospitalar, 81% inferior. Deve-se considerar que o custeio da assistência médica em Santa Catarina é menos onerosa que nas demais regiões do país principalmente no que se refere à internação hospitalar, com diferenças relevantes no valor das diárias. Os custos também se apresentam inferiores devido as negociações feitas com os credenciados, alcançando preços inferiores aos praticados no resto do país.

4.6.1 Identificação dos desvios existentes

Os indicadores analisados para que os desvios sejam identificados são referentes à utilização do CorreioSaúde entre os meses de setembro de 2004 e setembro de 2005 comparados aos os valores do mesmo período do UNIDAS.

Na Tabela 05 pode-se observar o custo total das consultas médicas realizadas por mês, pelos usuários do plano de saúde, e seu comparativo com o UNIDAS.

Tabela 05: Custo de consulta por mês

MÊS	ECT – DR/SC	UNIDAS NACIONAL
Set./04	R\$ 72.812,73	R\$ 54.500,00
Out./04	R\$ 68.984,94	R\$ 51.775,00
Nov./04	R\$ 81.658,35	R\$ 60.050,00
Dez./04	R\$ 63.155,25	R\$ 49.700,00
Jan./05	R\$ 76.154,92	R\$ 54.225,00
Fev./05	R\$ 68.010,39	R\$ 53.275,00
Mar./05	R\$ 86.950,57	R\$ 62.700,00
Abr./05	R\$ 91.755,43	R\$ 64.400,00
Mai./05	R\$ 79.608,00	R\$ 55.225,00
Jun./05	R\$ 92.690,39	R\$ 63.350,00
Jul./05	R\$ 90.671,48	R\$ 64.325,00
Ago./05	R\$ 88.818,59	R\$ 61.350,00
Set./05	R\$ 81.078,95	R\$ 54.900,00
Total Período	R\$ 1.060.853,09	R\$ 749.775,00

FONTE: Seção de Contas Médicas ECT – DR/SC e UNIDAS Nacional

A Tabela 05 mostra que os custos das consultas da ECT no período foi 41% superior aos valores do UNIDAS, isso em partes deve-se ao custo de materiais

utilizados em consultas emergenciais. A empresa necessita reavaliar estes custos e intervir entre os beneficiários para uma melhor orientação quanto à utilização do plano de saúde para que os custos e a co-participação sejam reduzidos.

Com relação aos exames realizados a Tabela 06 nos apresenta os seguintes valores:

Tabela 06: Custo Médio de Exames por mês

MÊS	ECT – DR/SC	UNIDAS NACIONAL
Set./04	R\$ 23,37	R\$ 18,32
Out./04	R\$ 27,30	R\$ 19,50
Nov./04	R\$ 25,71	R\$ 30,25
Dez./04	R\$ 25,11	R\$ 25,32
Jan./05	R\$ 21,68	R\$ 28,32
Fev./05	R\$ 23,45	R\$ 27,45
Mar./05	R\$ 23,84	R\$ 31,54
Abr./05	R\$ 25,93	R\$ 32,66
Mai./05	R\$ 27,63	R\$ 33,47
Jun./05	R\$ 28,60	R\$ 39,62
Jul./05	R\$ 29,28	R\$ 42,54
Ago./05	R\$ 24,20	R\$ 40,25
Set./05	R\$ 26,00	R\$ 44,10
Total Período	R\$ 35,48	R\$ 34,45

FONTE: Seção de Contas Médicas ECT – DR/SC e UNIDAS Nacional

Os custos dos exames em setembro e outubro de 2004 superaram em 31% o valor médio praticado pelo UNIDAS, mas de novembro de 2004 a setembro de 2005 os valores passaram a ser inferiores e a diferença tendeu a aumentar com o passar dos meses, devido à orientação da área Médica da empresa em autorizar exames que realmente fossem necessários. Diante disto pode-se afirmar que nos Correios os exames estão sendo realizados apenas quando necessários, mantendo o custo médio em exames em torno de R\$ 27,00 reais.

A Tabela 07 mostra uma relação de quantos exames são realizados por consultas.

Tabela 07: Taxa de exames por consultas

MÊS	ECT – DR/SC	UNIDAS NACIONAL
Set./04	2,90	2,87
Out./04	2,21	2,62
Nov./04	2,47	2,96
Dez./04	2,66	2,79
Jan./05	2,42	2,99
Fev./05	2,83	3,01
Mar./05	2,68	3,23
Abr./05	2,33	2,96
Mai./05	2,37	2,89
Jun./05	2,41	2,79
Jul./05	2,15	2,65
Ago./05	2,66	2,95
Set./05	2,88	3,21
Total Período	2,48	2,87

FONTE: Seção de Contas Médicas ECT – DR/SC e UNIDAS Nacional

Nos Correios a média do período foi de aproximadamente 2,5 exames realizados por uma consulta praticada. É um número considerado alto para esta relação, tendo em vista que nem todas as consultas se faz necessária a realização de exames. Apesar de a média ser alta, ela é menor que o indicador nacional do UNIDAS que se apresenta em aproximadamente 2,9 exames por consultas.

Para uma visão mais completa das utilizações do plano de assistência médica dos Correios, a Tabela 08 apresenta a relação mensal do custo das internações.

Tabela 08: Custo de Internações

MÊS	ECT – DR/SC	UNIDAS NACIONAL
Set./04	R\$ 88.792,76	R\$ 216.974,68
Out./04	R\$ 45.731,64	R\$ 108.487,34
Nov./04	R\$ 111.208,76	R\$ 151.311,29
Dez./04	R\$ 130.511,71	R\$ 219.829,61
Jan./05	R\$ 52.622,05	R\$ 514.119,75
Fev./05	R\$ 116.481,57	R\$ 168.440,87
Mar./05	R\$ 103.873,44	R\$ 248.378,91
Abr./05	R\$ 210.542,84	R\$ 416.819,78
Mai./05	R\$ 131.371,82	R\$ 328.316,95
Jun./05	R\$ 131.788,45	R\$ 405.400,06
Jul./05	R\$ 124.047,61	R\$ 356.866,25
Ago./05	R\$ 211.511,36	R\$ 308.332,54
Set./05	R\$ 104.294,92	R\$ 222.684,54
Total Período	R\$ 1.562.818,93	R\$ 3.365.962,47

FONTE: Seção de Contas Médicas ECT – DR/SC e UNIDAS Nacional

Os custos com internações nos Correios são bem inferiores aos do UNIDAS. Segundo o UNIDAS o custo médio com internações é de R\$ 2.854,93; e nos Correios, R\$ 1.486,30; uma diferença de 54% em relação ao indicador UNIDAS, tornando assim o desempenho da empresa favorável. Nas internações também são considerados os pacotes de serviços que são negociados com os administradores dos hospitais obtendo custos inferiores para a Empresa.

4.6.2 Indicadores de utilização dos usuários dos Correios e respectivos custos

Já conhecidos os custos com consultas, exames e internações as Tabelas a seguir apresentarão as despesas *per capita* dos usuários do plano de saúde.

A Tabela 09 apresenta o valor do sistema livre escolha. Este sistema reembolsa ao empregado, com base nas tabelas de pagamento da rede credenciada, despesas médicas realizadas fora desta rede e que o mesmo tenha efetuado pagamento.

Tabela 09: Reembolso do Sistema Livre Escolha

MÊS	VALOR DE REEMBOLSO
Set./04	R\$ 8.118,40
Out./04	R\$ 10.011,60
Nov./04	R\$ 4.580,39
Dez./04	R\$ 4.316,50
Jan./05	R\$ 9.100,66
Fev./05	R\$ 4.483,95
Mar./05	R\$ 8.102,85
Abr./05	R\$ 6.731,17
Mai./05	R\$ 12.776,41
Jun./05	R\$ 6.636,78
Jul./05	R\$ 7.099,35
Ago./05	R\$ 8.398,23
Set./05	R\$ 7.351,12
Total Período	R\$ 97.707,41

FONTE: Seção de Contas Médicas ECT – DR/SC

A média de ressarcimento foi de R\$ 7.516,30 no período podendo-se observar uma tendência de aumento nos valores com o passar dos meses, isto pode ser caracterizado pela busca de profissionais especializados ou pela falta de profissionais nas cidades do interior, onde os beneficiários contam apenas com credenciados de serviços médicos gerais.

O pagamento das despesas médicas realizadas pelos usuários do plano de saúde dos Correios, que se enquadra no sistema livre escolha, é pago pela empresa direto ao prestador do serviço. Depois de realizado o pagamento ao credenciado, é efetuado somente na folha de pagamento dos empregos que efetivamente utilizaram a assistência médica, o desconto da participação destes, com base em sua referência salarial, o percentual que lhes é devido.

A Tabela 10 apresenta os valores descontados dos empregados.

Tabela 10: Co-participação dos Empregados

MÊS	CO-PARTICIPAÇÃO
Set./04	R\$ 20.472,34
Out./04	R\$ 16.951,47
Nov./04	R\$ 19.744,40
Dez./04	R\$ 18.268,50
Jan./05	R\$ 15.842,45
Fev./05	R\$ 19.656,36
Mar./05	R\$ 23.339,61
Abr./05	R\$ 20.738,81
Mai./05	R\$ 18.199,76
Jun./05	R\$ 25.043,61
Jul./05	R\$ 24.997,06
Ago./05	R\$ 26.702,29
Set./05	R\$ 22.358,21
Total Período	R\$ 272.314,87

FONTE: Seção de Contas Médicas ECT – DR/SC

A média de co-participação foi de R\$ 20.947,30 no período, aproximadamente R\$ 5,00 por funcionário da DR/SC. Um valor baixo, já que o funcionário só paga quando utiliza o convênio.

Para que se tenha um comparativo com base no indicador “despesa *per capita*”, na Tabela 11 constará o custo total dos Correios com o plano de saúde e este será dividido pelo número de empregados, tendo assim o custo gerado por cada funcionário para a empresa, ou seja, o custo *per capita*.

Tabela 11: Demonstrativo de despesa *per capita*

MÊS	CUSTOS DA ECT	BENEFICIÁRIOS	PER CAPITA
Set./04	R\$ 443.876,26	9.942	R\$ 44,65
Out./04	R\$ 323.294,68	10.035	R\$ 32,22
Nov./04	R\$ 451.424,75	10.149	R\$ 44,48
Dez./04	R\$ 453.344,29	10.162	R\$ 44,61
Jan./05	R\$ 318.247,51	10.231	R\$ 31,11
Fev./05	R\$ 404.879,45	10.202	R\$ 36,69
Mar./05	R\$ 464.582,25	10.199	R\$ 45,55
Abr./05	R\$ 547.777,74	10.302	R\$ 53,17
Mai./05	R\$ 446.404,91	10.405	R\$ 42,90
Jun./05	R\$ 508.693,83	10.632	R\$ 47,85
Jul./05	R\$ 518.201,47	10.931	R\$ 47,41
Ago./05	R\$ 631.195,72	11.136	R\$ 56,68
Set./05	R\$ 513.688,48	11.452	R\$ 44,86
Total do Período	R\$ 6.025.611,34		R\$ 41,54

FONTE: Seção de Contas Médicas ECT – DR/SC

Houve um aumento de 15% no total de beneficiários entre setembro de 2005 e setembro de 2004, fazendo com que os custos da ECT aumentassem na mesma proporção aproximadamente. O valor médio de despesas é de R\$ 41, 54, já no indicador UNIDAS esse mesmo valor médio é representado por R\$ 94,53 demonstrando assim um excelente desempenho da Gerencia de Recursos Humanos, no gerenciamento do Plano de saúde dos seus colaboradores.

Através da Tabela 12 pode ser observado os custos *per capita* da DR/SC em confronto com os custos *per capita* das Diretorias Regionais da ECT no Brasil.

Tabela 12: Média de custos *per capita* real no ano de 2005 no Brasil

DR	EFETIVOS	BENEFICIÁRIOS
Acre	379,27	129,25
Alagoas	348,76	104,47
Amazonas	227,20	70,90
Bahia	337,09	107,70
Brasília	573,36	172,62
Ceará	302,82	87,85
Espírito Santo	294,82	94,70
Goiás/Tocantins	257,78	79,39
Maranhão	307,67	95,66
Minas Gerais	198,44	65,31
Mato Grosso Do Sul	187,71	55,84
Mato Grosso	321,96	98,64
Nordeste	191,28	58,44
Para	242,04	68,94
Paraíba	214,47	62,86
Pernambuco	373,83	116,81
Piauí	267,92	75,48
Paraná	212,07	71,79
Rio De Janeiro	270,37	92,66
Rio Grande Do Norte	261,45	80,47
Rio Grande Do Sul	224,29	75,60
Santa Catarina	146,42	50,84
Sergipe	384,72	112,24
São Paulo Interior	181,49	59,07
São Paulo Metrópole	296,99	98,52
MÉDIA	280,15	87,43

FONTE: Departamento de Saúde da Administração Central da ECT

De acordo com a Tabela acima fica claro que Santa Catarina apresenta um custo *per capita* de R\$ 146,42; o menor dentre as demais DRs e 47,8% menor que a média de R\$ 280,15; tratando-se apenas dos funcionários efetivos da empresa. Com relação aos beneficiários, Santa Catarina apresenta um custo *per capita* de R\$ 50,84; sendo também o menor valor dentre Diretorias Regionais e 41,85% inferior à média. O custo *per capita* tende a ser menor em Santa Catarina devido a esta DR ser uma das menores no Brasil e o custo da assistência médica ser mais acessível. Pode-se considerar também a quantidade de pacotes, referentes a matérias e medicamentos, e a eficiente negociação dos mesmos entre a Seção de Contas Médicas da DR/SC e seus credenciados.

4.6.3 Rede Credenciada

A ECT disponibiliza aos beneficiários do plano de saúde uma rede credenciada, devidamente contratada para prestação de serviços médicos. Atualmente, a rede é composta por 918 credenciados, entre pessoas físicas e pessoas jurídicas (laboratórios, clínicas em geral e hospitais) localizados em todo o Estado de Santa Catarina.

Os credenciados são separados por REOPs (Regiões Operacionais), estes têm base operacional nas cidades, abaixo relacionadas, com a função de fazer o contato para novos credenciados, sendo que a função de finalizar o contrato, bem como todas demais operacionalizações de cadastro e pagamento, ficam designadas a Seção de Contas Médicas, subordinada a Gerência de Recursos Humanos, da Diretoria Regional em Santa Catarina.

- a) REOP 01 – Florianópolis;
- b) REOP 02 – Tubarão;
- c) REOP 03 – Blumenau;
- d) REOP 04 – Joinville;
- e) REOP 05 – Lages;
- f) REOP 06 – Joaçaba;
- g) REOP 07 – Chapecó;
- h) REOP 08 – Itajaí.

A tabela 13 demonstra o percentual por Região Operacional, sobre o total de credenciados.

Tabela 13: Representatividade dos credenciados por REOPs

REOP	CREDENCIADOS	%
REOP 01	202,4	22%
REOP 02	101,2	11%
REOP 03	110,4	12%
REOP 04	128,8	14%
REOP 05	64,4	7%
REOP 06	73,6	8%
REOP 07	128,8	14%
REOP 08	110,4	12%
TOTAL	920	100%

FONTE: Seção de Contas Médicas ECT – DR/SC

Verifica-se que o maior número de convênios disponíveis aos usuários está na região de Florianópolis (REOP 01), o que se justifica por tratar-se da Capital do Estado e da concentração da área administrativa da empresa nesta região. Observa-se ainda que existe uma coerência na distribuição da rede entre as demais regiões, proporcionando uma igualdade, na disponibilidade aos usuários do interior do Estado. Quanto acontece uma necessidade de tratamento médico, que a região não disponibiliza, é acionada a Seção de assistência, na Gerencia de recursos Humanos da Regional, que se encarregará de verificar o credenciado mais próximo, que poderá atender a necessidade.

4.7 ALTERNATIVAS PROPOSTAS

Conforme artigo da revista EXAME (2005), garantir o plano de saúde na empresa é uma das práticas de recursos humanos mais difundidas e um importante item para a atração e retenção de talentos, já que vincular-se a um plano empresarial é uma alternativa mais atraente que pagar um plano privado do próprio bolso.

Ainda segundo a revista, a assistência médica empresarial está se tornando um benefício financeiro insustentável já que esta é o segundo maior gasto do departamento de recursos humanos das organizações, depois dos salários. A evolução da medicina e o envelhecimento da população são as justificativas para a tendência de aumento destes custos, já que as novas especialidades e tecnologias

resultam em diagnósticos precoces, aumentam as possibilidades de curas e contribuem para ampliar a expectativa de vida da população.

A assistência à saúde deve ser focada na saúde e não apenas na doença, ou seja, ela deve promover a saúde, evitando que as pessoas procurem pela assistência, prevenir as doenças e não a cura. Esta mudança de foco pode ser realizada através da adoção de medidas preventivas e da modificação das práticas atuais de tratamento.

Apesar dos indicadores de utilização e de gastos com assistência médica dos Correios serem inferiores aos praticados pelo UNIDAS, ainda apresenta-se alto. No período estudado de setembro de 2004 e setembro de 2005, conforme informação da Seção de Contas Médicas, a ECT gastou em média R\$ 412.356,03 ao mês com a saúde.

A Adoção de parâmetros internacionalmente reconhecidos em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento seria uma importante ferramenta para a redução dos custos e melhor controle da utilização da assistência médica. Os principais parâmetros são apresentados na tabela 14:

Tabela 14: Parâmetros da OMS e OPAS para a assistência Médica

ATIVIDADE	PARÂMETRO
Consulta Médica	2 a 3 por hab./ano
Atendimento Odontológico	0,5 a 2 por hab./ano
Patologia Clínica	De 30 a 50% do total de consultas
Citopatologia	Em 2,36% do total de consultas
Radiodiagnóstico	De 5 a 8% do total de consultas
Fisioterapia	De 8 a 9% do total de consultas
Terapias especializadas	De 2 a 3% do total de consultas
Exames ultra-sonograficos	De 0,5 a 1,5% do total de consultas
Diagnose	De 5 a 6% do total de consultas

Fonte: www.opas.com.br

Existe uma falta de consciência coletiva dos beneficiários para o uso adequado dos recursos disponíveis, gerando desperdícios e elevando os custos do

sistema. O estabelecimento destes parâmetros serviria para conscientizar os beneficiários da utilização mais racional do benefício, e para que os mesmos dêem preferência à utilização do ambulatório da empresa, tendo em vista que este é gratuito ao empregado, ou seja, não há co-participação para o mesmo.

Reavaliar a co-participação, percentual que o funcionário paga sobre o custo dos exames e procedimentos realizados, aumentando o percentual referente a consultas ou procedimentos que excedem aos parâmetros estabelecidos, já que a co-participação tem a capacidade de moderar a utilização.

O gerenciamento de caso e o da doença está baseado na organização de formas de intervenção que possam influenciar no risco dos expostos virem a desenvolver doenças ou antecipar as suas complicações. Têm por finalidade principal diagnosticar as reais necessidades dos pacientes e seus familiares e propor, na medida do possível, as melhores práticas para atendê-las, envolvendo questões de natureza social e ambiental.

Para isso seria necessário que a empresa identificasse o perfil de saúde de seus funcionários juntamente com o histórico familiar, através de um banco de dados que averigüe a ocorrência de eventos em pacientes propensos à hipercolesterolemia, à hipertensão arterial, ao diabetes mellitus, à obesidade, ao tabagismo, e ao estresse; para que dessa forma fossem criadas ações para contornar os maiores problemas e riscos. Outra alternativa, seria identificar os pacientes que apresentam doenças crônicas, como problemas cardíacos e câncer, para que eles recebam tratamento especial.

A seleção das doenças que devem ser focadas deve ser baseada nos seguintes critérios: magnitude em termos de morbi-mortalidade, gravidade das manifestações e complicações, custo para tratamento e reabilitação, conhecimento de técnicas de intervenção com abrangência necessária.

Criar uma política de promoção à saúde e de prevenção de agravos, visando retardar e evitar a ocorrência de eventos cuja assistência envolva procedimentos de alto custo ou alta frequência. Isto pode ser feito através de programas de prevenção e educação, incluindo campanhas contra tabagismo, programas de condicionamento

físico, controle da pressão arterial, programa de alimentação saudável, conscientização para a realização de exames periódicos da empresa...

A elaboração e distribuição de material educativo sobre uso de preservativos, gravidez precoce, câncer de mama, doença sexualmente transmissível e síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS), hepatite... ; desenvolvimento de autocuidados em medicina e odontologia; cursos e palestras sobre saúde do empregado e da família; ênfase em programas específicos e direcionados a pacientes crônicos, saúde da mulher, da criança e da terceira idade, também contribuem para a promoção da saúde.

A prestação de serviços de assistência à saúde em domicílio (Home Care) pode ser considerado como uma alternativa à internação hospitalar e ferramenta para o gerenciamento de casos crônicos ou de doenças. Esta é uma forma de prestação de serviço a menor custo que traria uma melhora na qualidade da assistência que passaria a ser prestada no meio social do paciente, facilitando sua recuperação e em certos casos propiciando um tratamento mais digno.

No âmbito do trabalho, a melhoria da qualidade de vida relaciona-se a possibilidade dos sujeitos ampliarem as possibilidades de satisfação de seus interesses e os graus de responsabilidade e comprometimento com o exercício de um ofício. É preciso garantir condições de trabalho adequadas, estimular e fortalecer os sujeitos como co-gestores do processo de trabalho. Atuar na melhoria dos ambientes de trabalho e redução das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho.

Para conseguir administrar melhor as despesas com assistência médica, as empresas vão precisar de funcionários cada vez mais conscientes da importância dos cuidados com a saúde. Por isso é necessário deixar claro aos beneficiários o limite entre o uso racional e abuso da utilização da assistência médica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Brasileiro de Saúde foi definido em 1988, na última Constituição Federal, e regulamentado pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, ele pauta-se em princípios e diretrizes modernas definidas pela integralidade, universalidade e equidade; nestes dispositivos legais foi contemplada a Assistência Suplementar à saúde como participação da iniciativa privada. Cabe ao setor privado a Assistência Suplementar à Saúde, regulamentada pela ANS e composta por cooperativas médicas, medicina de grupo, seguro saúde e autogestoras. O Capítulo da Saúde da Constituição brasileira define saúde como um "dever do estado e direito de todo cidadão", o Estado não supre as necessidades da população em geral e por isso a participação do setor privado se faz vital.

As empresas buscam através dessa suplementação à saúde oferecer a seus empregados a assistência médica como um benefício, este tem a capacidade de atrair e manter seus profissionais na empresa.

Muitas empresas, como a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, decidem criar seu próprio sistema de saúde, gerindo os próprios programas de assistência médica aos seus funcionários ao invés de contratar terceiros para realizar esta atividade. *Esta modalidade se bem administrada pode se mostrar a opção mais econômica para a empresa, pois não há gastos extras com propaganda, comissão de vendedores ou intermediários, a empresa quem faz as próprias negociações de preços, além de atender às necessidades particulares dos colaboradores das empresas.*

De acordo com os objetivos específicos deste trabalho, o funcionamento da autogestão de saúde da ECT está toda discriminada em seu Manual de Pessoal (Manpes) no módulo 16, deixando claro para seus colaboradores como a assistência à saúde da empresa é prestada, quais suas limitações e abrangências.

Quanto ao objetivo específico sobre as características do plano de saúde oferecido, este é um plano coletivo empresarial patrocinado e contempla atendimentos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos.

Com relação ao objetivo específico: identificar os problemas existentes diante do confronto entre valores de utilização dos Correios com os do UNIDAS; os Correios apresenta indicadores sustentáveis e inferiores aos do UNIDAS, embora haja uma tendência a aumentar devido à falta de uma política de controle de gastos e de conscientização à utilização da assistência à saúde.

Assim a assistência médica na ECT mostra-se atraente e viável financeiramente, uma vez que apresenta custos e índice de utilização abaixo dos apresentados pela UNIDAS, instituição que abrange todas as autogestoras do país, e um baixo custo *per capita*. A possibilidade que o Correio tem de negociar sua própria tabela com os credenciados permite uma economia substancial no mercado de assistência à saúde.

Apesar dos valores inferiores as demais autogestoras e dos colaboradores arcarem um percentual dos custos das consultas e procedimentos realizados, há uma tendência de aumento nas despesas com assistência médica, devido ao aumento da expectativa de vida da população e da evolução tecnológica da medicina.

Quanto ao último objetivo específico: sugerir alternativas para a Coordenadoria de Planejamento e Recursos Humanos na tentativa de reduzir os custos com a assistência à saúde, baseado nos problemas existentes; é dito que para evitar um aumento abusivo nos custos, a empresa deve adotar medidas preventivas e modificar das práticas atuais de tratamento; caso contrário o plano de saúde se tornará inviável para a empresa, e uma parcela maior dos custos serão repassados para os empregados, comprometendo assim uma parcela significativa do salário.

Esta prevenção pode ser feita, principalmente, através de uma reavaliação no percentual co-participativo do empregado atrelada à adoção de parâmetros de utilização; identificação da segmentação de risco e do perfil epidemiológico dos funcionários; acompanhamento de pacientes com doenças crônicas e realização de

programas de prevenção e educação da saúde. Tais medidas proporcionarão, além da redução significativa dos custos, a redução na taxa de absenteísmo e a redução na taxa de rotatividade de colaboradores.

Para conseguir administrar melhor as despesas com assistência médica, as empresas vão precisar de funcionários cada vez mais conscientes da importância dos cuidados com a saúde. Por isso é necessário deixar claro aos beneficiários o limite entre o uso racional e abuso da utilização da assistência médica.

5.2 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A partir dos resultados deste estudo, pode-se propor desde um projeto de política de controle da utilização da assistência à saúde na empresa, como uma avaliação nos custos gerados pelo CorreioSaúde.

Este trabalho de conclusão de curso poderá servir como base de informações para trabalhos futuros, sendo utilizado como fonte de dados secundários em pesquisas voltadas para o assunto da administração da saúde.

REFERÊNCIAS

ABRASPE. **ABRASPE em ação**. Pesquisa da Autogestão. Jun. 99. Publicação da ABRASPE – Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas. São Paulo: GT Editora, 1999.

AGUILERA, Carlos Eduardo; BAHIA, Ligia. A história das políticas de saúde no Brasil. In: Temas de políticas de saúde – **Cadernos didáticos**. UERJ, nº. 6, 1993.

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. Rio de Janeiro: IPEA/PNUD, 1998.

ALVES SOBRINHO, Eduardo Jorge Martins. O SUS é do Brasil. **Folha de São Paulo**, 1 out. 2003. p. A 3.

ARRUDA JÚNIOR, Edmundo Lima; RAMOS, Alexandre (orgs.). **Globalização, neoliberalismo e o mundo do trabalho**. Curitiba: IBEJ, 1998.

BAHIA, Ligia; VIACAVA, Francisco. **Ofertas de serviços de saúde**. Uma análise da pesquisa da assistência médico-sanitária (AMS), 1999. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/. Acesso em 21 de setembro de 2005.

BAHIA, Ligia. **Padrões e mudanças nas relações público privado**: planos e seguros saúde No Brasil. Dissertação de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

BARBOSA, Pedro Ribeiro.(Coord.) **Autogestão em saúde**. Curso de especialização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BERBEL, José Divanil Spósito. **Administração de programas de Autogestão de Saúde nas empresas**. São Paulo: STS, 2000.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2000.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação**

e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar – Rio de Janeiro. ANS, 2002. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal>. Acesso em 14 de agosto de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução CONSU nº.05.** Publicada em 04/11/98. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=93&id_original=0. Acesso em 29 de setembro de 2005.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas.** O novo papel dos recursos humanos nas organizações. São Paulo: Atlas, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos.** Ed. Comp. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CHIORO Arthur; SCHAFF, Alfredo. **Saúde e cidadania.** A implantação do Sistema Único de Saúde. Santos: Consaúde, 1998.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CIEFAS. **A história da autogestão em saúde no Brasil.** Publicação do Ciefas – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. São Paulo: 2000.

CIEFAS. **Pesquisa nacional sobre assistência à saúde nas empresas.** Abr. 1998. Publicação especial editada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS). São Paulo: Frente da Comunicação, 1998.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese.** 14. edição. São Paulo: Perspectiva, 1998.

FIGUEIREDO, Luiz Fernando; ANDRÉA, João Luís Barroca de; CHECCHIA, Cristiana Maria de Abreu. Mercado de Atenção Supletiva e Regulamentação. In: BARBOSA, Pedro Ribeiro (Coord.). **Autogestão em saúde** – Curso de Especialização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

FNM, Companhia Siderúrgica Nacional, Refinaria de Cubatão, Duque de Caxias, COSIPA, entre outras.

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da Autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Gestão de Pessoas:** enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas, 2001.

- GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A . W. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- HEIMANN, Luiza Sterman. et. all. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sobravime, 2000.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 2. ed. ver. ampl. São Paulo: Atlas, 1990.
- MACERA, Andrea Pereira; SAINTIVE Marcelo Barbosa. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil**. Secretaria de Acompanhamento Econômico. Outubro / 2004.
- MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de Marketing**. Vol 1. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- MÉDICI, André Cezar; OLIVEIRA, Francisco E.B. de. **A política de saúde no Brasil: subsídios para uma reforma**. Brasília: IPEA, 1991.
- MÉDICI, André Cezar. **Perfil da saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 1997.
- MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1991.
- NESCO. **Revista espaço para a saúde**. Íntegra do relatório final da 8ª CNS. Revista do NESCO, ano 1, nº 0, Curitiba, 1989.
- MILKOVICH, George T.; BOUDREAU, John W. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 2000.
- MIRANDA, Cláudio da Rocha. **Gerenciamento de Custos em Planos de Assistência à Saúde**. Projeto ANS/PNUD. Novembro 2003.
- OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart. **CPMF: O gato comeu**. Tribuna Livre. Brasília: Datasus, 1998.
- PAIM, Jairnilson da Silva. Determinantes da situação coletiva no Brasil a partir da república. In:
SILVA, Ligia Maria Vieira da (Org). **Saúde coletiva: textos didáticos**. Salvador: UFBA, 1994.
- PIOLA, Sérgio Francisco (Coord.). **Tendências do sistema de saúde brasileiro - Estudo Delphi**. Brasília: IPEA, 2001.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROSENBERG, Cynthia. O Insustentável Custo da Saúde nas Empresas. **Revista EXAME**. São Paulo, 3 de ago. de 2005, ano 39, nº15, p.100-105.

SOUZA, Renilson Rehem. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistema de Saúde nas Américas. São Paulo: 11 a 14/ago/2002.

TOLEDO, Luiz Plínio M. Abrangência da Regulação no setor de saúde suplementar. In Fórum de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em http://ans.gov.br/portal/site/forum_saude/forum_eventos.asp. Acesso em 14 de setembro de 2005.

UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005** História da organização e consolidação do setor. Publicação da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS. São Paulo: 2005.

UNIDAS. **Pesquisa Nacional 2001/2002**. Out. 03. Publicação especial editada pela União Nacional das Instituições de Autogestões em Saúde – UNIDAS. São Paulo : Gráfica Monna Lisa, 2003.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

ANEXO A**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos****DECRETO Nº 4.682, DE 24 DE JANEIRO DE 1923.**

Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a lei seguinte:

Art. 1º Fica creada em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados.

Art. 2º São considerados empregados, para os fins da presente lei, não só os que prestarem os seus serviços mediante ordenado mensal, como os operarios diaristas, de qualquer natureza, que executem serviço de caracter permanente.

Parapho unico. Consideram-se empregados ou operarios permanentes os que tenham mais de seis mezes de serviços continuos em uma mesma empresa.

Art. 3º Formarão os fundos da caixa a que se refere o art. 1º:

a) uma contribuição mensal dos empregados, correspondente a 3 % dos respectivos vencimentos;

b) uma contribuição annual da empresa, correspondente a 1 % de sua renda bruta;

c) a somma que produzir um augmento de 1 1/2 % sobre as tarifas da estrada do ferro;

d) as importancias das joias pagas pelos empregados na data da criação da caixa e pelos admittidos posteriormente, equivalentes a um mez de vencimentos e pagas em 24 prestações mensaes;

e) as importancias pagas pelos empregados correspondentes á differença no primeiro mez de vencimentos, quando promovidos ou augmentados de vencimentos, pagas tambem em 24 prestações mensaes;

f) o importe das sommas pagas a maior e não reclamadas pelo publico dentro do prazo de um anno;

g) as multas que atinjam o publico ou o pessoal;

h) as verbas sob rubrica de venda de papel velho e varreduras;

i) os donativos e legados feitos á, Caixa; j) os juros dos fundos accumulados.

Art. 4º As empresas ferroviarias são obrigadas a fazer os descontos determinados no art. 3º, letras a, d e e nos salarios de seus empregados depositando-os mensalmente, bem como as importancias resultantes das rendas creadas nas letras c, f, g e. h do mesmo artigo, em banco escolhido pela administração da Caixa, sem deducção de qualquer parcella.

Art. 5º As empresas ferroviarias entrarão mensalmente para a Caixa, por conta da contribuição estabelecida na letra b, do art. 3º, com uma somma equivalente á que produzir o desconto determinado na letra a do mesmo artigo. Verificado annualmente quanto produziu a renda bruta da estrada, entrará esta com a differença si o resultado alcançado pela quota de 1 % for superior ao desconto nos vencimentos do pessoal. Em caso contrario, a empresa nada terá, direito a haver da Caixa, não sendo admissivel, em caso algum, que a contribuirão da empresa seja menor que a de seu pessoal.

Art. 6º Os fundos e as rendas que se obtenham por meio desta lei serão de exclusiva propriedade da caixa e se destinarão aos fins nella determinados.

Em nenhum caso e sob pretexto algum, poderão esses fundos ser empregados em outros fins, sendo nullos os actos que isso determinarem, sem prejuizo das responsabilidades em que incorram os administradores da caixa.

Art. 7º Todos os fundos da Caixa ficarão depositados em conta especial do Banco, escolhido de accôrdo com o art. 4º, salvo as sommas que o Conselho de Administração fixar como indispensaveis para os pagamentos correntes, e serão applicados, com prévia resolução do Conselho de Administração para cada caso na aquisição de titulos de renda nacional ou estadual, ou que tenha a garantia da Nação ou dos Estados.

Paraphrapho unico. Não serão adquiridos titulos de Estado que tenha em atrazo o pagamento de suas dividas.

Art. 8º Os bens de que trata a presente lei não são sujeitos a penhora ou embargo de qualquer natureza.

Art. 9º Os empregados ferro-viarios, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuido para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:

1º, a soccorros medicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua familia, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;

2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º, aposentadoria:

4º, a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Art. 10. A aposentadoria será ordinaria ou por invalidez.

Art. 11. A importancia da aposentadoria ordinaria se calculará pela média dos salarios percebidos durante os ultimos cinco annos de serviço, o será regulada do seguinte modo:

1º, até 100\$ de salario, 90/100;

2º, salario entre 100\$ e 300\$, 90\$ mais 75/100 da differença entre 101 e 300\$000;

3º, salario de mais de 300\$ até 1:000\$, 250\$ e mais 70/100 da differença entre 301\$ e 1:000\$000;

4º, salario de mais de 1:000\$ até 2:000\$, 250\$ e mais 65/100 da differença entre 301\$ e a importancia de réis 2:000\$000;

5º, salario de mais de 2:000\$, 250\$ e mais 60/100 da differença entre 301\$ e a importancia, do salario.

Art. 12. A aposentadoria ordinaria de que trata o artigo antecedente compete:

a) completa, ao empregado ou operario que tenha prestado, pelo menos, 30 annos de serviço e tenha 50 annos de idade;

b) com 25 % de redução, ao empregado ou operario que, tendo prestado 30 annos de serviço, tenha menos de 50 annos de idade;

c) com tantos trinta avos quantos forem os annos de serviço até o maximo de 30, ao empregado ou operario que, tendo 60 ou mais annos de idade, tenha prestado 25 ou mais, até 30 annos de serviço.

Art. 13. A aposentadoria por invalidez compete, dentro das condições do art. 11, ao empregado que, depois de 10 annos de serviço, fôr declarado physica ou intellectualmente impossibilitado de continuar no exercicio de emprego, ou de outro compativel com a sua actividade habitual ou preparo intellectual.

Art. 14. A aposentadoria por invalidez não será concedida sem prévio exame do medico ou medicos designados pela administração da caixa, em que se comprove a incapacidade allegada, ficando salvo á administração proceder a quaesquer outras averiguações que julgar convenientes.

Art. 15. Nos casos de accidente de que resultar para o empregado incapacidade total permanente, terá elle direito á aposentadoria, qualquer que seja o seu tempo de serviço.

Paragrapho unico. Quando a incapacidade for permanente e parcial, a importancia da aposentadoria será calculada na proporção estabelecida pela tabella annexa ao regulamento baixado com o decreto n. 13.498, de 12 de março de 1919.

Art. 16. Nos casos de accidente de que resultar para o empregado incapacidade temporaria, total ou parcial, receberá o mesmo da caixa a indemnização estabelecida pela lei n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919.

Art. 17. Não se concederá aposentadoria, em nenhum caso, por invalidez, aos que a requeiram depois de ter deixado o serviço da respectiva empresa.

Art. 18. Os empregados ou operario que forem declarados dispensados, por serem prescindiveis os seus serviços, ou por motivo de economia, terão direito de continuar a contribuir para a caixa si tiverem mais de cinco annos de serviço, ou a receber as importancias com que para ella entraram.

Art. 19. As aposentadorias por invalides serão corcedidas em character provisorio e ficarão sujeitas a revisão.

Art. 20. O direito de pedir aposentadoria ordinaria se extingue quando se completarem entre annos de sahida do empregado ou operario da respectiva empresa.

Art. 21. A aposentadoria é vitalicia e o direito a perceber-a só se perde por causa expressa nesta lei.

Art. 22. O aposentado por incapacidade, permanente parcial, cujos serviços tenham sido *utilizados em outro emprego, perceberá, além do salario, a fracção da aposentadoria*. Si alcançar os annos de serviço para obter a aposentadoria ordinaria, ser-lhe-ha concedida aposentadoria definitiva, igual ao total da ordinaria que corresponda ao Salario do seu novo emprego mais a fracção da aposentadoria por invalidez que tenha percebido.

Art. 23. Para os offeitos da aposentadoria só se levarão em conta os serviços effectivos, ainda que não sejam continuos, durante o numero de annos requeridos o prestados em uma ou em mais de uma empresa, ferro-viaria.

Quando a remuneração do trabalho fôr paga por dia, calcular-se-ha um anno de serviço para cada 250 dias de serviço effectivo e si tiver sido por hora dividir-se-ha por oito numero de horas para estabelecer o numero de dias de trabalho effectivo.

Art. 24. A fracção que no prazo total de antiguidade exceder de seis mezes será calculada, por um anno inteiro.

Art. 25. Não poderão ser aposentados os que forem destituídos dos seus logares por máo desempenho de seus deveres no exercicio dos seus cargos. A elles serão, porém, restituídas as contribuições com que entraram.

Art. 26. No caso de fallecimento do empregado aposentado ou do activo que contar mais de 10 annos de serviços effectivos mais respectivas empresas, poderão a viuva ou viuvo invalido, os filhos e os paes e irmãs emquanto solteiras, na ordem da successão legal, requerer pensão á caixa creada por esta lei.

Art. 27. Nos casos de accidente do trabalho têm os mesmos beneficiarios direito á pensão, qualquer que seja o numero de annos do empregado fallecido.

Art. 28. A importancia da pensão de que trata o art. 26 será equivalente a 50 % da aposentadoria percebida ou a que tinha direito o pensionista, e de 25 % quando o empregado fallecido tiver mais de 10 e menos de 30 annos de serviço effectivo.

Paragrapho unico. Nos casos de morte por accidente, proporção será de 50 %, qualquer que seja o numero de annos de serviço do empregado fallecido.

Art. 29. Por fallecimento de qualquer empregado ou operario, qualquer que tenha sido o numero de annos, em trabalho prestado, seus herdeiros terão direito de receber da caixa, immediatamente, um peculio em dinheiro de valor correspondente á somma, das contribuições com que o fallecido houver entrado para a caixa, não podendo esse peculio exceder o limite de 1:000\$000.

Art. 30. Não se acumularão duas ou mais pensões ou aposentadorias. Ao interessado cabe optar pela que mais lhe convenha, e feita a opção, ficará excluido o direito ás outras.

Art. 31. As aposentadorias e pensões serão concedidas pelo Conselho de Administração da caixa, perante o qual deverão ser solicitadas, acompanhadas de todos os documentos necessarios para a sua concessão. Da decisão do Conselho contraria á concessão da aposentadoria ou pensão

haverá recurso para o juiz de direito do civil da comarca onde tiver sede a empresa. Onde houver mais do uma vara, competirá, á primeira. Esses processos terão marcha summaria e correrão independente de quaesquer custas e sellos.

Art. 32. Logo que seja creado o Departamento Nacional do Trabalho, competirá ao respectivo director o julgamento de quaesquer recursos das decisões do Conselho de Administração das caixas de pensões e aposentadorias.

Art. 33. Extingue-se o direito á pensão:

1º, para a viuva ou viuvo, ou paes, quando contrahirem novas nupcias;

2º, para os filhos, desde que completarem 18 annos;

3º, para as filhas ou irmãs solteiras, desde que contrahirem matrimonio;

4º, em caso de vida deshonesta ou vagabundagem do pensionista.

Paragrapho unico. Não tem direito á pensão a viuva que se achar divorciada ao tempo do fallecimento.

Art. 34. As aposentadorias e pensões de que trata a presente lei não estão sujeitas a penhora e embargo e são inalienaveis. Será nulla toda a venda, cessão ou constituição de qualquer onus que recaia sobre ellas.

Art. 35. As empresas ferroviarias são obrigadas a fornecer ao Conselho de Administração da caixa todas as informações que lhe forem por esta solicitadas sobre o pessoal.

Art. 36. As empresas ferroviarias que não depositarem no devido tempo, ou pela fórmula estatuida nesta lei, as quantias a que estão obrigadas a concorrer para a criação e manutenção da caixa incorrerão na multa de 1:000\$ por dia de demora, até que effectuem o deposito. O Conselho de Administração da caixa terá autoridade para promover perante o Poder Executivo ou perante o Poder Judiciario a effectivação dessas obrigações.

Art. 37. O Conselho de Administração publicará, annualmente, até o dia 30 de março de cada anno, um relatorio e balanço, dando conta do movimento da caixa no anno anterior.

Art. 38. A caixa organizará um recensamento dos empregados comprehendidos na presente lei e um estudo documentado sobre as bases technicas em que estiver operando dentro dos tres primeiros annos da sua vida, de modo a poder propôr as modificações que julgar convenientes.

Art. 39. As aposentadorias e pensões poderão ser menores do que as estabelecidas nesta lei, si os fundos da caixa não puderem supportar os encargos respectivos e enquanto permaneça a insufficiencia desses recursos.

Paragrapho unico. Nos casos de accidente, quando os fundos da caixa não forem sufficientes para o pagamento da aposentadoria ou pensão, conforme as taxas estabelecidas na presente lei, poderão sempre o empregado ou seus successores optar pelo recebimento das indemnizações estabelecidas na lei n. 3.724, de 15 de janeiro de 1919, que, nesses casos, ficarão a cargo das empresas ferro-viarias.

Art. 40. O Conselho de Administração da caixa de aposentadorias e pensões nomeará o pessoal necessario aos serviço da mesma e marcará os respectivos vencimentos.

Os membros do Conselho de Administração desempenharão as suas funções gratuitamente.

Art. 41. A caixa de aposentadorias e pensões dos ferroviários será dirigida por um Conselho de Administração, de que farão parte o superintendente ou inspector geral da respectiva empresa, dous empregados do quadro – o caixa e o pagador da mesma empresa – e mais dous empregados eleitos pelo pessoal ferro-viario, de tres em tres annos, em reunião convocada pelo superintendente ou inspector da empresa.

Será presidente do conselho o superintendente ou inspector geral da empresa ferro-viaria.

Paragrapho único. Si for de nacionalidade estrangeira o superintendente ou inspector geral da empresa, será substituido no Conselho pelo funcionario de categoria immediatamente inferior que seja brasileiro.

Art. 42. Depois de 10 annos de serviços effectivo o empregado das empresas a que se refere a presente lei só poderá administrativo no caso de falta grave constatada em inquerito administrativo, presidido por um engenheiro da Inspectoria e Fiscalização das Estradas de Ferro.

Art. 43. As empresas a que se refere a presente lei fornecerão a cada um dos empregados uma caderneta de nomeação, de que, além da identidade do mesmo empregado, constarão a natureza das funções exercidas, a data de nomeação e promoções e vencimentos que percebe.

Art. 44. Os aposentados e pensionistas que residirem no estrangeiro só receberão a sua pensão si forem especialmente autorizados pela administração da caixa.

Art. 45. Aos empregados chamados ao serviço militar serão pagos pelas empresas mencionadas no art. 1º, 50 % do respectivo vencimento, pelo periodo em que durar aquelle serviço.

Art. 46. São, para os fins da presente lei, considerados empregados funcionarios os funcionarios das contadorias centraes das estradas de ferro.

Art. 47. A partir da entrada em execução da presente lei e para os fins nella ficam augmentadas de 1 ½ % as tarifas das estradas de ferro.

Art. 48. Si dentro de sessenta dias após a sua publicação não for regulamentada a presente lei, entrará ella em vigor independente de regulamentação.

Art. 49. Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1923, 102º da Independencia e 35º da Republica.

ARTHUR DA SILVA BERNARDES.
Miguel Calmon du Pin e Almeida.
Francisco Sá.

ANEXO B**SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL****Título VIII****Da Ordem Social****Capítulo II****Da Seguridade Social****SEÇÃO I***Disposições Gerais*

Art. 194.. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Art. 195.. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;
- II - dos trabalhadores;
- III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1.º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2.º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3.º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4.º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5.º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6.º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b.

§ 7.º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8.º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei.

Seção II

Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo Único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

ANEXO C

LEI Nº 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998.

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177- 44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II – Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III – Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.

Art. 2º. **Revogado**

Art. 3º. **Revogado**

Art. 4º. **Revogado**

Art. 5º. **Revogado**

Art. 6º. **Revogado**

Art. 7º. **Revogado**

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

I – registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II – descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III – descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV – especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V – demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI – demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII – especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
- c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
- d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII – **Revogado**

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º *As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.*

§ 2º *As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.*

§ 3º *Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.*

§ 4º *A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.*

Art. 10-A. *Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (Artigo incluído pela Lei nº 10.223, de 15.5.2001)*

Art. 11. *É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

Art. 12. *São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:*

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido.

§ 3º Revogado

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;

b) coletivo empresarial; ou

c) coletivo por adesão;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência;

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS.

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2º **Revogado**

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput**, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); e

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo.

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa.

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente.

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá *determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.*

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira.

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário.

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS.

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.

Parágrafo único. **Revogado**

Art. 28. **Revogado**

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo.

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos

celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo.

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (Redação dada pelo Decreto nº 4.044, de 6.12.2001)

I - da Justiça, que o presidirá;

II - da Saúde;

III - da Fazenda; e

IV - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar **ad referendum** do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU.

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei.

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia.

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica.

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais.

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177ª da Independência e 110ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornélas

José Serra